

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

IMPACT DU MOMENT DU DÉVOILEMENT D'UNE AGRESSION SEXUELLE
SURVENUE À L'ÂGE ADULTE, SUR LE BIEN-ÊTRE INDIVIDUEL ET
RELATIONNEL DE CHAQUE MEMBRE DU COUPLE

THÈSE

PRÉSENTÉE COMME EXIGENCE PARTIELLE

DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

CHRISTIANE KHOUZAM

Mars 2006

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Plusieurs personnes ont contribué de près ou de loin à la réalisation de cette thèse. Mes sincères remerciements s'adressent en tout premier lieu à mon directeur André Marchand Ph.D. pour sa grande disponibilité, son soutien et son encadrement. Je le remercie pour sa compréhension et son appui face à ma situation de professionnelle et d'étudiante en même temps.

Je voudrais aussi remercier mon codirecteur Stéphane Guay Ph.D. pour ses commentaires et ses interventions judicieuses qui ont favorisé la réalisation de sujet de ma thèse.

C'est grâce à leur présence et à leur aide précieuse que j'ai réussi à mener mon projet à terme.

Je tiens également à remercier chaleureusement monsieur Jean Bégin pour sa grande disponibilité, sa perspicacité et sa compétence à rendre intelligible ce qui ne l'était pas toujours dans mes analyses statistiques. Dans la même veine, je voudrais remercier madame Julie Lamoureux pour ses judicieux conseils concernant certaines analyses statistiques.

Finalement, je voudrais remercier mes compagnes de travail, Nathalie Brault et Diane Deschamps de la clinique pour les victimes d'agression sexuelle de l'Hôpital Hôtel-Dieu de Montréal pour leur contribution au recrutement des participants et pour leur soutien à la réalisation de ma thèse. Dans la même veine, je remercie Marylaine Léger, directrice du cours d'auto défense Fondation Pleins Pouvoirs pour sa collaboration pour le recrutement des participants, mes collègues d'université Joane Labrecque, Isabelle Geninet pour leur soutien moral et technique, Valéry Billette et Mélissa Martin pour leur collaboration à l'évaluation clinique des conjoints participants ; Cidalia Silva et Nancy Verreault pour leur contribution

à l'entrée des données des questionnaires de l'échantillon clinique et non clinique et Edith St-Jean pour sa contribution à la diffusion du projet aux différents milieux sociaux et scolaires pour le recrutement des participants. Merci à Lilianne Lavertue et Sylvie Pinseneault chargées de cours et Francine Duquet, professeure au département de sexologie, pour avoir consenti à la passation des questionnaires à leurs groupes respectifs pendant les cours.

Enfin, je remercie mon amie France Gilbert pour sa précieuse contribution. Son jugement et son sens critique ont nourri mes réflexions et m'ont permis de mieux cerner la problématique. Dans la même veine, je voudrais remercier madame Monique Lefebvre-Maheu et monsieur Réjean Prévost pour leurs judicieux commentaires et leur aide technique.

Un grand merci à ma grande et fidèle amie Jocelyne Ouimet qui a participé à la validation française de certains questionnaires et avec laquelle j'ai eu le grand bonheur de partager mes préoccupations et mes interrogations au sujet de ma thèse. Des remerciements à ma mère Lydia, mon frère Richard et ma sœur Vivianne, à mes neveux et nièces et à mes amis entre autres à Pierre Ouimet, Francine Duquet, France Gilbert, Nicole Lalonde pour leur réconfort et leur soutien à travers toutes ces années.

Cette thèse a été réalisée d'une part grâce à toutes mes clientes qui, à travers nos échanges, m'ont sensibilisée à la nécessité de documenter et d'évaluer l'impact du dévoilement sur la relation du couple et qui m'ont démontré leur intérêt toujours soutenu concernant le cheminement de l'étude et, d'autre part, grâce à la participation de ces couples, femmes et hommes, qui ont bien voulu s'impliquer dans ce projet en me faisant part de l'impact de l'agression sexuelle sur leur vie affective et relationnelle et me permettant ainsi d'identifier certaines difficultés qu'ils avaient éprouvées depuis l'événement.

La rémunération des participants a été rendue possible grâce à un fond de recherche de l'UQAM octroyé à monsieur André Marchand, Ph.D.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
TABLE DES MATIÈRES	v
LISTES DES TABLEAUX.....	ix
INTRODUCTION.....	xi
Présentation de la thèse	xiii
Contexte théorique.....	xiii
Objectifs de la thèse.....	xvii
Présentation des concepts clés	xviii
Définition d'une victime d'agression sexuelle	xviii
Définition d'un conjoint	xviii
Le dévoilement	xix
Moments du dévoilement	xx
La participation ou non des conjoints.....	xxi
Le trouble de stress post-traumatique.....	xxii
Le stress post-traumatique chez le conjoint.....	xxiii
Les symptômes dépressifs	xxiii
Les conséquences de l'agression en fonction du statut civil de la victime.....	xxiv
L'intimité	xxv
La peur de l'intimité	xxvi
La satisfaction sexuelle.....	xxvi
Le soutien social et le dévoilement d'une agression	xxvii
Les réactions sociales et le dévoilement.....	xxix
La satisfaction conjugale	xxix
Bref sommaire des résultats des trois études empiriques	xxx
Références	xxxix
 CHAPITRE 1	
VALIDATION DU QUESTIONNAIRE SUR LA PEUR DE L'INTIMITÉ	
(ARTICLE 1)	1
Résumé	2
Abstract.....	3
Contexte théorique.....	4
Définition de l'intimité	5
Peur de l'intimité	6
Mesures de l'intimité	7
Objectifs.....	8
Méthodologie	9
Participants	9
Instruments	10
Procédure d'évaluation	11
Traduction du Fear of Intimacy Scale (FIS)	11
Résultats	12
Comparaisons entre les échantillons.....	12

Analyses préliminaires.....	12
Validité de construit.....	13
Analyse factorielle.....	14
Validité différentielle.....	15
Comparaisons des données avec celles de la version anglophone	15
Discussion	16
Références	22
Tableaux	25
Notes d'auteurs.....	30

CHAPITRE 2

IMPACT DU MOMENT DU DÉVOILEMENT DE L'AGRESSION SEXUELLE PERPÉTRÉ PAR UN TIERS (CONNU OU INCONNU), À L'ADULTE SUR CERTAINS ASPECTS AFFECTIF ET RELATIONNEL DES VICTIMES

(ARTICLE 2)	32
Résumé	33
Abstract.....	34
Introduction.....	35
Dévoilement symptômes dépressifs et de TSPT	36
Dévoilement, peur de l'intimité et satisfaction sexuelle	37
Dévoilement, réactions et soutien social.....	39
Dévoilement et satisfaction conjugale.....	41
Moments de dévoilement	41
Participation ou non du conjoint	42
Synthèse	43
Objectifs de l'étude	43
Méthodologie.....	44
Recrutement des participantes.....	44
Échantillon cible.....	45
Instruments	46
Procédure d'évaluation.....	50
Devis de recherche	51
Résultats.....	52
Analyses préliminaires	52
Question de recherche 1	54
Analyse des résultats	54
Analyses principales.....	55
Question de recherche 2	56
Analyse des résultats.....	57
Analyses principales.....	58
Discussion.....	59
Références.....	67
Tableaux	76
Notes d'auteurs	88

CHAPITRE 3

IMPACT DU MOMENT DU DÉVOILEMENT DE L'AGRESSION SEXUELLE PERPÉTRÉ PAR UN TIERS (CONNU OU INCONNU), À L'AGE ADULTE SUR CERTAINS ASPECTS AFFECTIF ET RELATIONNEL DES CONJOINTS DE VICTIMES

(ARTICLE 3)	87
Résumé	88
Abstract.....	89
Introduction.....	90
Dévoilement et réactions immédiates	90
Dévoilement symptômes de TSPT et dépressifs	92
Dévoilement et peur de l'intimité.....	93
Dévoilement, réactions et soutien social	94
Dévoilement et satisfaction sexuelle et conjugale.....	95
Moment du dévoilement	95
Synthèse	96
Objectifs de l'étude	97
Méthodologie.....	97
Recrutement des participantes.....	97
Échantillon cible.....	98
Instruments	99
Procédure d'évaluation.....	104
Devis de recherche	105
Résultats.....	106
Analyses préliminaires	106
Question de recherche 1	107
Analyses des résultats.....	107
Analyse principale.....	108
Question de recherche 2	109
Analyses des résultats.....	109
Discussion.....	111
Références.....	120
Tableaux	128
Notes d'auteurs	134
 CHAPITRE 4	
DISCUSSION GÉNÉRALE	136
1. Première partie : Section 1	136
Section 2 : Préambule.....	138
1.2 Synthèse des chapitre 2 et 3	140
Résumé des résultats obtenus au temps 1 et au temps 2	141
1.2.1 Divergences et similitudes entre les résultats des victimes et des conjoints	143
Divergences en fonction de chaque variable.....	144
Peur de l'intimité.....	144
Le développement d'un TSPT.....	145
Les éléments dépressifs	147
La satisfaction sexuelle	148
Les réactions négatives et la satisfaction conjugale.....	149
La sous échelle des réactions négatives : égocentrisme.....	149
La sous échelle des réactions négatives : distraction	149
La sous échelle des réactions négatives : contrôle	150
La satisfaction conjugale	151
Résultats entre les victimes et les conjoints concernant le soutien émotionnel reçu et offert	152

La sous échelle des réactions positives : soutien émotionnel.....	152
1.2.2 Similitudes entre les résultats des victimes et des conjoints	153
La sous échelle des réactions positives : aide tangible	153
La sous échelle des réactions négatives : blâme	154
Le soutien social.....	156
1.2.3 Section 3 Impact du passage du temps.....	158
2. Deuxième partie : Considérations méthodologiques	159
2.1 Limites de la présente étude	159
2.2 Forces de la présente étude	163
3. Pistes de recherches futures	164
Implications cliniques.....	168
Références	170

APPENDICES A

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT VERSION VICTIMES

APPENDICES B

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT VERSION CONJOINTS

APPENDICES C

ENTREVUE CLINIQUE SCID PRÉSENT VERSION VICTIMES

APPENDICE D

ENTREVUE CLINIQUE SCID PRÉSENT ET PASSÉ VERSION CONJOINTS

APPENDICE E

QUESTIONNAIRE SUR LA PEUR DE L'INTIMITÉ QPI

APPENDICE F

QUESTIONNAIRES VERSION VICTIMES

APPENDICE G

QUESTIONNAIRES VERSION CONJOINTS

LISTES DES TABLEAUX

CHAPITRE I

1	Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon.....	25
2	Corrélations entre le FIS et les autres questionnaires	26
3	Analyses en composantes principales avec rotation varimax du QPI.....	27
4	Données de références du QPI	29

5 CHAPITRE II

1	Informations sur la nature de l'agression	76
2	Intervalles de confiance à 95% dont les moyennes des victimes du dévoilement (précoce ou tardif) excèdent ou sont inférieurs aux points de coupures ou aux moyennes des études de référence, aux deux temps de mesure	77
3	Scores moyens, écarts types et tendances à la signification des victimes selon le moment de dévoilement au temps 1 et au temps 2.....	79
4	Intervalles de confiance à 95% dont les moyennes des victimes (conjointes participent ou pas) excèdent ou sont inférieurs aux points de coupures ou aux moyennes des études de référence, aux deux temps de mesure.....	81

5	Scores moyens, écarts types et tendances à la signification des victimes dont les conjoints participent ou nom au processus d'évaluation au temps 1 et au temps 2.	83
---	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

CHAPITRE III

1	Informations sur les conditions entourant le moment du dévoilement (conjointes)	128
2	Intervalles de confiance à 95% dont les moyennes des conjoints excèdent ou sont inférieurs aux points de coupures ou aux moyennes des études de référence, aux deux temps de mesure	129
3	Scores moyens, écarts types et tendances à la signification des réactions des conjoints en lien avec le temps de dévoilement au temps 1 et au temps 2	131
4	Corrélations et tendances à la signification pour chacun des instruments de mesure des 2 membres des couples en fonction des 2 temps de mesure	133

INTRODUCTION

Les écrits scientifiques des dernières décennies ont permis de savoir bon nombre de choses concernant l'impact d'une agression sexuelle sur la victime. Toutefois, très peu d'études ont été effectuées sur l'impact du dévoilement de cette agression sur le conjoint de la victime. On sait qu'une agression sexuelle subie à l'âge adulte et commise par un tiers connu ou inconnu du couple peut provoquer des conséquences à court et à long terme qui affectent le bien-être psychologique et la qualité de la relation des personnes impliquées. Il semble que les victimes d'agression sexuelle craignent davantage que les victimes de d'autres événements traumatiques, de dévoiler l'événement surtout à leur partenaire (Davis et Brickman, 1996). Plusieurs victimes, particulièrement celles qui sont en couple, taisent ainsi pendant longtemps l'événement car le simple fait de songer à évoquer son dévoilement peut devenir une source d'angoisse pour certaines victimes (Goodman, Koss et Russo, 1993).

Pourtant, les réactions du conjoint sont déterminantes pour le rétablissement des victimes. En effet, les études qui évaluent l'impact de l'agression sexuelle sur les difficultés relationnelles indiquent que les réactions du conjoint à la suite du dévoilement et son soutien sont des facteurs qui influencent l'état psychologique de la victime. Il est donc important de questionner cette problématique. Les chercheurs qui s'y sont intéressés ont examiné la réaction du conjoint à l'annonce de l'événement traumatique, sa capacité de gérer ses propres réactions émotives, sa tolérance à vivre le quotidien avec la victime et, conséquemment, sa capacité à lui offrir du soutien. L'aspect sexuel de l'agression sexuelle a aussi été examiné par certains chercheurs et Moss, Frank et Anderson (1990) indiquent que l'agression sexuelle a non seulement des répercussions sur l'intégrité physique et psychologique de la victime mais aussi sur l'intimité et la satisfaction sexuelle et conjugale du couple.

Il ressort donc des écrits scientifiques que le fait de dévoiler l'agression est important et que le moment où la victime le fait et l'attitude du conjoint sont des facteurs importants dans son rétablissement éventuel. En effet, ces deux aspects influencent la manière dont chaque membre du couple va s'engager dans le processus d'intégration du traumatisme (Routbort, 1997).

Les facteurs individuels et relationnels retenus dans les écrits scientifiques pour analyser l'impact de l'agression sexuelle sont : le statut civil (Thornhill et Thornhill, 1990b ; Moss et al., 1990 ; Goodman et al., 1993), le trouble de stress post traumatique (Valentiner, Foa, Riggs et Gershuny, 1996 ; Zoellner, Foa et Brigidi, 1999), la réaction de stress traumatique secondaire (Figley, 1995 ; Nelson et Wampler, (2000); les symptômes dépressifs (Compton et Follette, 1998) ; la peur de l'intimité (Thelen, Sherman et Borst, (1998), le soutien social (Cutrona et Suhr, 1992 ; Johnson, Hobfoll et Zalcberg-Linetzy, 1993) ; les réactions sociales (Ulman, 1996b c ; Davis, Brickman et Baker, 1991, 1996 ; Zoellner, Foa et Brigidi, 1999 ; Ahrens et Campbell, 2000) ; les difficultés sexuelles (Becker, Rush, Shaw et Emery, 1979 ; Becker, Skinner, Abel et Treacy, 1982 ; Becker, Skinner, Abel, Axelrod et Cichon, 1986) et la satisfaction conjugale (Miller, Williams et Bernstein, 1982 ; Moss et al., 1990). Compte tenu de leur influence sur la qualité relationnelle et sur le bien-être individuel de chaque membre du couple, ces variables ont été retenues pour évaluation dans la présente étude.

Dans le présent chapitre, nous allons préciser le contexte de la recherche, les objectifs de la thèse et nous tenterons de définir de façon opérationnelle les différentes variables en exposant et justifiant le choix des variables à l'étude tout en précisant les liens qui les unissent.

Présentation de la thèse

Contexte théorique

La présente étude s'appuie sur le modèle théorique du soutien social sur le bien-être individuel dans les relations interpersonnelles dont les prémisses prennent racines sur l'importance de ces relations et leur influence sur les cognitions, les émotions, les comportements et le bien-être des individus. Selon la perspective de l'ajustement au stress, le soutien social contribue au bien être en protégeant l'individu des effets négatifs du stress, il favorise l'estime de soi, l'autorégulation. Au niveau relationnel, il coexiste avec le compagnonnage, l'intimité, et le faible niveau de conflits (Kakey et Cohen, 2000). Dans le contexte de la présente thèse, ce modèle s'applique dans le cadre d'un événement traumatique non prévisible et de son impact sur chaque membre du couple. L'agression sexuelle est le stressor qui touche d'abord le bien-être individuel de la victime et suite au dévoilement celui du conjoint. De par sa dimension sexuelle, il touche aussi l'équilibre relationnel de chaque membre du couple. Ce lien causal est mesuré par l'ajustement lié au soutien perçu et offert combiné aux effets de l'agression qui façonne l'ensemble du bien être relationnel et individuel du couple. Le soutien du conjoint agit comme un amortisseur qui permet au couple de s'adapter à la transition exigée par l'événement traumatique (Broman, Riba, et Trahan, 1996). Toutefois, ce modèle ne tient pas compte de l'impact des interactions négatives avec les proches alors qu'ils sont fortement liés au bien-être psychologique des individus (Guay, Billette et Marchand, 2002). Il aurait été souhaitable d'appliquer ce modèle à une étude systémique mais le nombre restreint de couples participants et la présence de victimes désireuses de participer à l'étude sans la participation du conjoint a conduit à des évaluations distinctes. La présente thèse évalue donc de façon distincte à partir de mêmes questionnaires un groupe de 27 victimes vivant en couple dont 15 d'entre elles le conjoint participe à la

recherche alors que pour 12 d'entre elles le conjoint ne participe pas. Dans l'autre article, on évalue un groupe de 15 conjoints de victimes.

Dans sa revue de littérature sur le fonctionnement des couples dont un membre a été victimisé, incluant les victimes d'agression sexuelle, Compton et Follette (1998), indiquent que les couples rapportent généralement des difficultés dans l'expression émotionnelle et d'intimité, de la détresse individuelle incluant les symptômes dépressifs, de TSPT et difficultés relatives à la sexualité, des problèmes relationnels et d'ajustement social. Les effets à court terme de l'agression sexuelle sont des tentatives de minimiser, ignorer l'impact de l'événement traumatique sur chacun d'eux et sur le couple et à long terme, l'interruption de la communication, des activités sexuelles, de l'intimité, et de l'insatisfaction dans la relation de couple (Compton et Follette, 1998). Ainsi, concernant l'ajustement marital à la suite d'une agression sexuelle, seule l'étude de Miller, Williams et Bernstein (1982) ont évalué l'impact auprès de 43 couples. Les résultats indiquaient alors que la victime était surtout préoccupée par son besoin de soutien émotionnel et par ses peurs notamment par la peur éprouvée essentiellement à l'égard du dévoilement de soi tandis que son conjoint vivait de la rage et un vif désir de vengeance. Conséquemment, au niveau relationnel, les auteurs notaient une interruption de la communication au sein du couple, une absence d'empathie mutuelle ainsi que l'apparition de problèmes sexuels, du retrait émotionnel, des relations marquées par un bas niveau d'engagement et d'intimité et enfin par des interactions conformes avec mode expérientiel d'évitement. Dans ce contexte, les pensées négatives concernant la perception du soutien sont fortement associées à la perception de soi, de la relation et du soutien disponible qui influencent à leur tour les émotions négatives (Lakey et Cohen, 2000). Enfin, les interactions négatives autour de l'événement et de ses conséquences sont aussi des variables liées à la perception du soutien, à l'intimité et au rétablissement. En conclusion, la

détresse individuelle peut influencer le fonctionnement intime et social du couple et inversement, la qualité et le type de relations vécues dans le couple ont un impact sur le bien être individuel. Plus encore les auteurs remarquaient l'installation d'une chronicité des problèmes avec les années. Compte tenu de l'importance du soutien social sur le bien être individuel et relationnel et des résultats des études sur le pauvre soutien identifiés par les recherches auprès des victimes, nous nous sommes demandé si dans le contexte d'un événement traumatique non prévisible comme celui d'une agression sexuelle, la victime et son conjoint ont les connaissances nécessaires et les comportements correspondants pour soutenir une personne en détresse.

Ces problèmes rencontrés par les victimes et leur conjoint ont été abordés dans certaines études (Figley, 1985, Moi et Foster, 1991, Miller et al. , 1982) toutefois, les recherches empiriques dans ce domaine ont pris du retard. Peu d'études ont évalué les relations de couple, les difficultés d'ajustement social et la détresse relationnelle et d'intimité relatives au dévoilement de l'agression sexuelle.

Très peu d'études nous donnent un portrait clair de l'impact du moment du dévoilement d'une agression sexuelle au sein d'un couple adulte. Ainsi, même si certains aspects comme le soutien social, les réactions négatives et la peur de l'intimité ont été examiné dans des recherches antérieures, on connaît peu les conséquences d'un dévoilement précoce ou tardif sur la relation et on sait encore moins de choses concernant l'impact qu'a le dévoilement sur le conjoint. À titre d'exemple, on ne sait pas clairement si le soutien émotionnel post traumatique a un effet positif véritable sur la victime. En fait, peu de choses sont connues en ce qui concerne les conséquences relationnelles du dévoilement d'une agression sexuelle chez les couples dont un des membres est une victime adulte, selon que le dévoilement soit précoce ou tardif.

Par ailleurs, l'étude de l'impact du moment du dévoilement sur la dynamique subséquente du couple a donné lieu à des résultats contradictoires. Alors que la recherche de Burgess et Holmtrom (1979) suggère que le dévoilement immédiat et complet conduit au rétablissement, celle de Ulman et Siegel (1993), de Davis, Brickman et Baker (1991, 1996) et de Ulman (1996b c) identifient des effets négatifs lors d'un dévoilement immédiat tandis que celle de McAuslan (1998) n'indique aucun impact lié au moment du dévoilement.

Alors que certaines recherches indiquent que le type de réactions du conjoint après le dévoilement aura un rôle important sur la victime parce qu'il augmentera ou diminuera la symptomatologie du trouble de stress post traumatique (TSPT) et les symptômes dépressifs, l'étude de Ulman, (1999) suggère que peu importe d'où provient le soutien pourvu que la victime soit écoutée et crue ; les confidents hommes et femmes ont été perçus comme également aidants, le seul atout accordé aux confidents masculins étant le sentiment de protection physique ressentie par les victimes (Routborn, 1997).

Certains chercheurs se sont demandés ce que provoquait chez les conjoints, le dévoilement d'un événement traumatique tel une agression sexuelle subie par leur partenaire. Les recherches de Rodkin, Hunt et Cowan (1982) et celle de Nelson et Wampler, (2000), indiquent l'apparition de symptômes de stress individuels, de l'isolement et des activités sexuelles réduites. Toutefois, les conséquences réelles du dévoilement sur les conjoints semblent être moins dramatiques que les conséquences appréhendées par les victimes avant le dévoilement (Ahrens et Campbell, 2000).

En résumé, nous pouvons affirmer que les résultats des recherches effectuées à l'égard de cette problématique sont équivoques voir contradictoires, tant en ce qui a trait à l'impact sur les victimes qu'à celui sur les conjoints. Il semble donc pertinent d'examiner les variables

individuelles (symptômes dépressifs et de TSPT) et relationnelles (peur de l'intimité, les réactions sociales, la connaissance du soutien et le comportement de soutien, la satisfaction sexuelle et conjugale) découlant du moment du dévoilement de l'agression sexuelle afin de mieux identifier l'impact que des facteurs individuels et relationnels ont sur la perception du soutien reçu et offert et sur la relation du couple, et ce, à deux moments distincts du processus d'évaluation. Ainsi, chaque groupe sera évalué une première fois puis de nouveau, quatre mois après la première rencontre. Ce laps de temps a été retenu parce qu'une donnée de recherche indique qu'il y a une diminution des symptômes du TSPT trois mois après l'agression (Valentiner et al., 1996).

Le choix des questionnaires a été guidé par l'analyse théorique des différentes variables touchées par le dévoilement de l'événement traumatique et de son impact au niveau individuel et relationnel.

Objectifs de la thèse

L'objectif de la présente étude consiste à vérifier si le moment du dévoilement d'une agression sexuelle vécue à l'âge adulte peut provoquer un déséquilibre personnel et relationnel pour chacun des membres du couple et ce, peu importe que l'événement soit récent ou passé.

Les questions de recherche seront élaborées en deux volets distincts.

Un premier volet concerne spécifiquement un groupe de victimes qui vivent en couple. Il met l'accent sur l'évaluation de l'impact du moment du dévoilement de l'agression sexuelle à l'âge adulte, perpétrée par un tiers (connu ou inconnu), sur certains aspects affectifs et relationnels de la vie de ces victimes.

Un deuxième volet porte spécifiquement sur certains conjoints de victimes. Il met l'accent sur l'évaluation de l'impact du dévoilement de l'agression sexuelle à l'âge adulte, perpétrée par un tiers de la victime sur certains aspects affectifs et relationnels de la vie des conjoints qui participent à l'étude.

Présentation des concept-clés

Définition d'une victime d'agression sexuelle

La définition d'une victime d'agression sexuelle est la suivante : toute personne qui a subi, contre sa volonté, des gestes à connotation sexuelle avec ou sans contact physique, commis par une ou des personnes connues ou inconnues. Il s'agit d'un abus de pouvoir impliquant ou non la force, la contrainte ou la menace implicite ou explicite visant à assujettir une autre personne à ses propres désirs. Cette définition s'applique sans égards au sexe, à la race, à la culture, à l'orientation sexuelle ou à l'âge de la victime et de l'agresseur. Elle s'applique aussi peu importe le lieu, le type de gestes commis et quelle que soit la nature du lien entre la victime et son agresseur (Gouvernement du Québec, 2001).

Pour les fins de la présente recherche, les critères d'inclusion sont les suivants : La victime est une femme adulte âgée d'au moins 18 ans qui vit une relation affective avec son conjoint depuis au moins 3 mois. L'agression a été subie à l'âge adulte. Elle a été perpétrée par un tiers connu ou inconnu de la victime et du conjoint. L'agression sexuelle doit avoir été commise un mois avant la première rencontre d'évaluation de la présente étude.

Définition d'un conjoint

Le statut civil des hommes qui participent à l'étude varie. Certains sont mariés, d'autres non, certains se sont impliqués récemment dans la relation tandis que d'autres le sont

depuis plusieurs années sans pour autant être mariés. Pour les fins de la présente recherche, nous avons regroupé sous le vocable « conjoint » les compagnons, partenaires, amis, amoureux et maris des victimes participantes. Certains conjoints cohabitent avec la victime, d'autres non. Certains étaient en relation affective avec la victime au cours de la période où s'est produite l'agression, d'autres ont connu la victime après l'événement traumatique. Selon les victimes de l'étude, aucun des conjoints n'a jamais manifesté de comportements impliquant de la violence verbale, physique ou sexuelle à leur égard, ni avant, ni après l'agression.

Les critères d'inclusion des conjoints sont les suivants : être un homme âgé de 18 ans et plus, avoir été informé de l'agression sexuelle de sa compagne, consentir à participer à l'étude et ne pas avoir eu des gestes de violence verbale, physique ou sexuelle envers sa conjointe ou envers toute autre femme.

Le dévoilement

Le dévoilement se définit comme le résultat d'un processus décisionnel conscient par lequel la personne soupèse les avantages et les inconvénients liés à la révélation. Dans notre étude, le dévoilement signifie le fait d'avoir informé le conjoint de l'agression. Précisons toutefois que ni la description de l'événement, ni l'expression des sentiments et des pensées entourant l'événement ne sont documentées ici.

Le dévoilement permet l'émergence de plusieurs réactions. Il permet notamment d'exprimer les sentiments associés à l'événement, de clarifier ses perceptions, de se situer face à ses croyances relativement à l'agression sexuelle, de recevoir une validation sociale, d'avoir un feed-back sur son estime de soi et de partager des informations privilégiées susceptibles de favoriser un rapprochement et une certaine intimité (Brown, 1996).

Dévoiler ses sentiments peut avoir un impact positif sur le bien-être physique et psychologique parce qu'il favorise l'assimilation et, éventuellement, la résolution de l'événement traumatique, réduisant ainsi la réponse émotionnelle et physiologique négative associée aux efforts d'élimination et d'inhibition des pensées douloureuses liées à l'agression (Mc Auslan, 1998).

Moments du dévoilement

Dans sa recension des écrits, sur le soutien social et le rétablissement d'une agression sexuelle, Ulman (1999) indique que les conditions qui favorisent un dévoilement précoce sont réunies lorsque les victimes ont de bonnes raisons de croire qu'elles ne seront pas tenues responsable de l'événement, lorsque l'agresseur est un inconnu et lorsqu'elles portent plainte. Les victimes qui dévoilent tardivement, connaissent leur agresseur, n'ont pas offert de résistance, ont subi une agression complète accompagnée de blessures physiques et de détresse psychologique sévère. Ces victimes adoptent des comportements de fuite ou d'isolement et sont plus à risque de vivre un niveau élevé de détresse à long terme. Seules les études de Ulman, (2000) et Ulman et Filipas, (2001) ont quantifié le temps écoulé entre l'événement et le dévoilement à partir d'une échelle temporelle allant de immédiatement (1) à plusieurs années (5).

Pour les fins de la présente étude, le « moment du dévoilement » a été déterminé d'une part, selon les critères de l'échelle temporelle élaborée par Ulman et Filipas (2001) et d'autre part, en se basant sur les réponses obtenues de la part des victimes relativement au moment du dévoilement. L'élément clé est ici la présence ou non du conjoint dans la vie de la victime au moment où l'événement se produit. Ainsi deux groupes se sont imposés, soit un groupe pour qui le dévoilement se fait durant la première semaine après la survenue de

l'agression et l'autre plus d'un mois après l'événement. Le premier moment ici nommé «dévoilement précoce» se définit comme étant (a) un dévoilement au conjoint présent, qui survient au moment même ou moins d'une semaine après l'événement ou (b) un dévoilement se produisant au sein d'une nouvelle relation affective mais qui survient lors de la première semaine de fréquentation. Le deuxième moment appelé «dévoilement tardif» se définit comme étant le dévoilement de l'événement après 1 mois et jusqu'à 7 ans après sa survenue, que le conjoint ait été présent ou non dans la vie de la victime au moment de l'agression.

La participation ou non des conjoints

L'évaluation de la participation du conjoint dans le processus d'évaluation de l'impact sur la victime constitue une innovation puisque qu'aucune étude n'a pris cet élément en considération dans les variables étudiées. L'idée de considérer l'impact de cette variable indépendante sur les autres variables à l'étude fait suite à des observations cliniques survenues dans le cadre de notre pratique professionnelle auprès de victimes adultes d'agression sexuelle récente. En effet, nous avons pu constater lors de nos interventions thérapeutiques que les victimes vivant en couple parlent énormément de la réaction de leur conjoint à l'égard du dévoilement. Certaines victimes nous ont demandé expressément de rencontrer leur conjoint afin de lui expliquer les réactions de stress traumatique qu'elles vivaient. D'autres étaient préoccupées des réactions profondes de leur conjoint à la suite du dévoilement. Elles ont toutes fait état de changements dans la relation affective et conjugale à la suite du dévoilement. Précisons également que même les couples ayant une bonne relation affective avant l'événement étaient confrontés à des difficultés d'ajustement. Certains conjoints rencontrés ont exprimé leur impuissance et leur colère à la suite du dévoilement. Un certain nombre d'entre eux ont accepté de participer à l'étude, d'autres ont refusé. Les raisons

du refus ont été variées. Certains ($n = 6$) ne se sentaient pas concernés par l'événement qu'avait vécu leur partenaire, d'autres ($n = 4$) ne désiraient pas parler de l'impact personnel et relationnel qu'avait provoqué le dévoilement de l'agression de leur partenaire, d'autres ($n = 2$) encore se sont montrés peu intéressés à participer à une recherche. Ce refus n'a cependant pas empêché les victimes de participer malgré le refus de leur conjoint. C'est donc en réponse à ces requêtes que nous avons donc décidé d'évaluer l'impact de la participation ou non des conjoints au processus d'évaluation de victimes et d'intégrer les conjoints qui le désiraient à l'étude.

Cette évaluation étant de nature exploratoire, elle constitue donc une sous question de recherche qui sera explorée dans le chapitre 2 portant sur l'impact du moment du dévoilement pour les victimes.

Le trouble de stress post traumatique.

Les victimes d'un événement traumatique ne développent pas toutes un trouble de stress post traumatique (TSPT) car le seuil de vulnérabilité favorisant l'apparition de ce trouble varie d'une personne à une autre. Cette vulnérabilité est liée à plusieurs facteurs dont les facteurs prédisposants comme la victimisation antérieure (Follette, Polusny, Bechle et Naugle, 1996) et certains facteurs de maintien tels les problèmes relationnels qui peuvent avoir, à divers degrés, une influence sur le développement et le maintien du trouble (Ruch et Chandler, 1980 ; Zoellner, Foa et Brigidi, 1999). En dépit de la diminution générale des symptômes du TSPT dans les trois mois suivant l'agression, il appert que plus du tiers des victimes d'agression sexuelle répondent ultérieurement aux critères d'un TSPT chronique (Valentiner, Foa, Riggs, et Gershuny, 1996).

Le stress post-traumatique chez le conjoint

Le traumatisme indirect a été retenu dans le critère A1 du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IVth Edition* (DSM-IV) de l'Américian Psychiatric Association (1994) comme pouvant être le résultat de l'annonce d'une mort violente, d'une blessure sérieuse ou d'une menace de mort faite à une personne de la famille ou à un être cher. Ainsi, lorsque le conjoint apprend la survenue de l'événement traumatique, cela peut provoquer des réactions émotives qui correspondent aux symptômes liés au TSPT. Nelson et Wampler (2000) ont étudié des couples dont un des membres ou les deux ont été victimisés dans l'enfance. Ils ont émis l'hypothèse d'une transmission implicite et involontaire des réactions de stress entre la victime et toute personne qui entretient des liens étroits et constants avec elle. Ainsi, ces personnes développeraient des réactions de stress traumatique secondaires à celles des victimes en raison de leur interdépendance émotionnelle (empathie) avec la victime. Même si l'expérience de victimisation n'est pas directement abordée par les personnes impliquées, il semble que les personnes qui sont liées affectivement à la victime sont susceptibles de ressentir des symptômes similaires en étant simplement exposées aux réactions émotionnelles et physiques de cette dernière.

Les symptômes dépressifs

Un événement traumatique tel qu'une agression sexuelle est invariablement associé à un taux élevé de dépression majeure (Compton et Folette, 1998). D'ailleurs, parmi les principaux symptômes comorbides au TSPT, les symptômes dépressifs arrivent en tête de liste. En effet selon Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, Nelson, (1995), plus de 50% des femmes et des hommes victimes souffriront de dépression à la suite d'un traumatisme. Suite à l'agression, des manifestations telles que la perte d'intérêt à des activités qui leur tenaient à

cœur, la restriction des activités, le sentiment de tristesse, la remise en question de leur conception de la vie et du sens à donner à l'événement qu'elles ont vécu qui peuvent être accompagnés d'idées suicidaires sont les symptômes les plus souvent rencontrés. De plus, les symptômes dépressifs sont souvent reliés à des difficultés de communication dans le couple et de l'insatisfaction conjugale. La détresse vécue par les membres du couple peut à son tour augmenter les risque de dépression (Compton et al., 1998).

Les conséquences de l'agression en fonction du statut civil de la victime

Que les femmes victimes d'agression sexuelle soient mariées ou célibataires, elles présentent toutes, à des degrés divers, des symptômes de peur, d'anxiété, de dépression et accusent toutes une diminution de l'estime de soi. Deux études ont examiné spécifiquement l'impact de l'agression en fonction du statut civil de la victime ainsi que sa perception du soutien reçu du conjoint. Thornhill et Thornhill (1990b) nous indiquent, à cet égard, que les femmes adultes qui vivent une relation de couple se disent plus affectées psychologiquement par l'agression sexuelle que les adolescentes, les femmes âgées et les femmes célibataires. De plus, il semble que lorsque ces dernières ont subi une pénétration vaginale lors de l'agression, elles sont encore plus affectées psychologiquement que les autres femmes ayant subi le même type d'agression ou une autre forme d'agression sexuelle. Enfin, les femmes, mariées qui ont vécu une agression sans violence physique sont plus susceptibles de ne pas être crues notamment par leur conjoint; ces dernières sont alors plus affectées psychologiquement puisque leur crédibilité est mise en doute. Conséquemment, ces femmes ont peu tendance à dévoiler l'agression et, subséquemment, la qualité de leur relation avec leur partenaire s'en trouve affectée (Thornhill et Thornhill, 1990b).

Dans leur étude portant sur les effets du statut conjugal et du soutien de la part du conjoint sur le traumatisme consécutif à l'agression sexuelle, Moss et al. (1990) ont observé que 16 des 25 femmes mariées de leur échantillon n'ont reçu qu'un faible soutien de la part du conjoint. Il est apparu qu'à la suite de l'agression, 37,5% d'entre elles ont vécu une séparation, que 31% ont envisagé la séparation, que 18,7% ont été abusées physiquement et verbalement par le conjoint, que 12% ont éprouvé des problèmes sexuels et, enfin, que 12,5% ont observé un abus d'alcool chez le partenaire. Les femmes ayant participé à l'étude de Moss et al. (1990), considèrent la séparation comme la conséquence directe de l'agression. Plus spécifiquement, ces femmes mettent en cause la difficulté à répondre aux demandes pressantes de relations sexuelles de la part du conjoint.

L'intimité

L'intimité réfère aux interactions vécues à l'intérieur d'une relation de proximité qui implique un comportement d'abandon et de confiance. Par conséquent, dans une interaction intime, les partenaires partagent de plein gré une expérience exclusive dans un contexte de confiance mutuelle qui suppose un bien-être individuel et une volonté de rapprochement et conduit à une compréhension mutuelle (Prager, 1995). La définition d'intimité que nous retenons dans le contexte de cette étude est la présence de fréquentes interactions de ce type entre les partenaires d'un couple (Prager, 1995). Certains événements survenant de manière impromptue dans la vie du couple, telle une agression, peuvent oblitérer l'intimité du couple (Stauffer, 1987). Ainsi, une victime d'agression peut être progressivement envahie par la peur de l'intimité, et ce, nonobstant l'attitude bienveillante du conjoint (Descutner et Thelen, 1991).

Par ailleurs, l'expression de la colère du conjoint à la suite du dévoilement peut décupler chez la victime la culpabilité et induire un repli sur soi, rendant ainsi improbable

l'intimité au sein du couple. L'intimité est donc un processus qui fluctue dans le temps selon les expériences des membres du couple.

La peur de l'intimité

Descutner et Thelen (1991) ont défini la peur de l'intimité comme étant une capacité inhibée à échanger ses pensées et ses sentiments avec une personne significative. Cette peur de l'intimité est provoquée par l'anxiété. Selon ces auteurs, l'intimité implique trois dimensions importantes, premièrement un contenu, c'est-à-dire le dévoilement d'une information personnelle, deuxièmement, une valence émotionnelle reflétant de puissants sentiments par rapport à l'information dévoilée et, troisièmement, un sentiment de vulnérabilité en raison, d'une part, du désir d'intimité avec l'autre et, d'autre part, de la haute estime dans laquelle on tient son interlocuteur.

Les indicateurs psychologiques de l'interruption du schéma de l'intimité chez les victimes d'agression sexuelle comprennent le sentiment d'un vide intérieur, des sentiments chroniques de détachement, une peur de s'abandonner à tout rapprochement et la conviction d'un sentiment d'isolement. Ces sentiments engendrent la retenue voire l'évitement à parler de l'événement et des circonstances l'entourant. L'apparition de ces indicateurs génère la peur d'exprimer ses sentiments, de l'anxiété, une augmentation des attitudes et des comportements contrôlants, des difficultés sexuelles et de la solitude (Routbort, 1997 ; Thelen, Sherman et Borst, 1998).

La satisfaction sexuelle

La satisfaction sexuelle se définit comme étant un construit multidimensionnel impliquant plusieurs aspects de la sexualité incluant une satisfaction vis-à-vis des comportements sexuels et leur fréquence, une communication ouverte sur la sexualité, une

implication émotive dans la réponse sexuelle, un intérêt pour la chose sexuelle et une absence de toute dysfonction sexuelle (Wyatt et Lyons-Rowe, 1990). La satisfaction sexuelle s'exprime de façon privilégiée dans la relation d'intimité et toutes deux s'influencent (Rubenstein et Shaver, 1982 ; Prager, 1995). La question de la satisfaction sexuelle à la suite du dévoilement d'une agression sexuelle n'a été abordée par aucun chercheur, seuls l'impact de l'agression sexuelle sur la vie sexuelle et les dysfonctions sexuelles susceptibles d'apparaître chez les victimes et leur conjoint ont été étudiés (Becker, Rush, Shaw et Emery, (1979) ; Becker, Skinner, Abel et Treacy, (1982) ; Becker, Skinner, Abel, Axelrod et Cichon, ; 1986). L'évaluation de la satisfaction sexuelle chez les victimes ou au niveau du couple n'a jamais été effectuée.

Le soutien social et dévoilement d'une agression

Dévoiler un événement traumatique ne devient libérateur que lorsque cela suscite l'empathie de l'interlocuteur. Même si des études suggèrent que le simple fait de dévoiler une expérience traumatique ait, *in se*, des effets bénéfiques sur la santé psychologique et physique de la victime, il semble bien que dans les faits le bénéfice réel dépende en grande partie de la réaction de la personne qui reçoit la nouvelle (McAuslan, 1998). Certains facteurs comme la nature de la relation conjugale, les croyances du conjoint à l'égard de la problématique, la reconnaissance du fait que l'événement stressant constitue un problème et la responsabilité de la victime dans sa victimisation pourront influencer le type de soutien (Cutrona et Suhr, 1992 ; McAuslan, 1998). En situation de crise, recevoir « aide et assistance » constitue la base des attentes des partenaires. Le soutien se traduit par des réactions de validation, d'écoute, par un accueil émotionnel, par les efforts visant le rétablissement de l'estime de soi, par de l'information et du feed-back et par de l'assistance tangible et concrète (Cutrona et Russel, 1987) ; ce type de soutien reflète l'existence de liens intimes et solides (Prager, 1995). Un

très grand soutien social se trouve associé, entre autres, à une grande intimité, alors qu'un faible niveau de soutien est associé à un niveau élevé de détresse (Kimerling et Calhoun, 1994).

Pour être efficace, le soutien doit être fourni par une personne ayant des connaissances et des habiletés quant à la façon la plus appropriée de soutenir la victime en crise. Si le conjoint possède ces aptitudes, il sera en mesure de contrôler la situation stressante ; il saura de quelle façon aider la victime en lui prodiguant des conseils et en lui offrant une aide émotionnelle en fonction du moment ou des circonstances. Ainsi, il procurera un grand soulagement à la victime qui bénéficiera de la justesse de ses interventions (Cutrona et Suhr, 1992). De plus, selon Johnson et al. (1993), le fait de savoir comment soutenir autrui génère une augmentation de comportements soutenant qui consolident, à leur tour, l'intimité entre les partenaires et augmentent la satisfaction à l'égard du soutien reçu.

Dans une situation de crise comme peut l'être une agression sexuelle, les attentes de soutien les plus élevées s'adressent au partenaire des victimes (Ulman, 1996bc). En effet, le partenaire doit être disponible, consentir à écouter et à offrir un soutien émotionnel et pratique, il doit aider à générer des solutions, ne pas provoquer de malaise et ne pas compliquer l'état émotionnel de la victime par ses interventions (Joseph et al., 1993 ; Johnson et al., 1993). Davantage que toute autre source de soutien, c'est le soutien émotionnel des conjoints qui est lié à un meilleur rétablissement (Ahrens, 2002).

L'évaluation du soutien social dont il sera question dans la présente recherche fait référence, à la définition du soutien social élaboré par Johnson et al. (1993). Ces auteurs définissent le soutien social comme étant un construit qui englobe la connaissance d'une

intervention de soutien adéquate, le comportement de soutien offert et la satisfaction du soutien reçu. Ils ont construit un questionnaire correspondant qui comprend deux volets. Le premier volet fait référence à la connaissance qu'ont la victime et le conjoint concernant le soutien à offrir, l'autre volet réfère au comportement de soutien fourni par ce dernier. De façon plus précise, il s'agit d'évaluer dans quelle mesure chaque membre du couple sait quels sont les comportements qui sont les plus soutenant en cas de détresse étant donné les circonstances, et jusqu'à quel point le conjoint utilise ces comportements pour soutenir sa compagne.

Les réactions sociales et le dévoilement

Les réactions sociales qui font suite au dévoilement de l'agression sont soit positives, soit négatives. Lorsque les réactions de l'entourage sont négatives, cela entraîne chez la victime des comportements d'évitement et, du coup, cela augmente la sévérité des symptômes du TSPT (Ulman, 1996b ; Walington et al., 1998). Plus spécifiquement, des réactions négatives donnent souvent lieu à une recrudescence des symptômes psychologiques, entravent le rétablissement et augmentent la symptomatologie d'un trouble de stress post-traumatique (Ulman et Siegel, 1995 ; Ulman, 1996c ; Ulman et Filipas, 2001 ; Ulman et Brecklin, 2003). Toutefois, même si on sait que si les réactions négatives de l'entourage ont un impact négatif sur le retour à la santé, cela ne signifie pas pour autant que les réactions positives ont des effets importants ; on constate, en fait, qu'elles n'ont que peu d'effets (Ulman, 1996b).

La satisfaction conjugale

La satisfaction conjugale semble étroitement liée à l'existence d'une intimité à la fois verbale, affective et physique. Dans une recension des écrits sur l'intimité conjugale, Van den

Broucke, Vandereycken et Vertommen (1995) ont trouvé que l'intimité est clairement associée à la satisfaction conjugale et au bien-être psychologique. À la suite de l'annonce d'un événement traumatique non prévisible, plus que l'habileté à retenir sa réaction négative, c'est la capacité du partenaire à résoudre un conflit ou à atténuer une situation de stress qui semble être le meilleur indice de satisfaction conjugale (Prager, 1995). L'incapacité ou l'inaptitude à répondre aux attentes concernant la relation d'intimité conduit souvent à l'insatisfaction conjugale. De même, les attributions de responsabilité de l'événement traumatique à la victime affecte la satisfaction conjugale (Moss et al., 1990).

Plus encore, la persistance des symptômes individuels (TSPT, dépressifs, peur de l'intimité, la satisfaction sexuelle), la constance dans les conflits et les interactions négatives peuvent conduire à l'érosion de la communication, à l'apparition de sentiments d'impuissance et de détresse, ce qui peut induire un sentiment de revictimisation et provoquer ainsi la recrudescence des symptômes de TSPT chez les victimes (Moss et al., 1990 ; Parrot, 1991 ; Symond, 1980) ou provoquer une contamination des réactions de stress de l'un à l'autre des partenaires (Nelson et Wampler (2000).

Bref sommaire des résultats des trois études empiriques.

Le chapitre 1 présente la validation française du questionnaire sur la peur de l'intimité (QPI) réalisée selon la méthode de traduction inversée (Vallerand, 1989). Aborder l'impact du dévoilement d'une agression sexuelle d'un point de vue systémique implique inévitablement la mesure de l'intimité dans le couple et de la peur de s'abandonner. C'est ce qui explique ici le choix de la traduction, de la validation et de l'utilisation de ce questionnaire.

Le *Fear of intimacy scale (FIS)* (Descutner et Thelen, 1991) est un instrument auto-administré de 35 items présentés sous forme d'échelle de Likert en 5 points allant de 1 (n'est pas du tout caractéristique) et 5 (extrêmement caractéristique). Près de la moitié des items présentent une formulation inverse afin de limiter les biais. Les résultats élevés indiquent que l'individu démontre de l'anxiété et de la peur dans ses relations intimes.

Le FIS mesure la détresse subjective, c'est-à-dire l'anxiété ressentie à la perspective de relations interpersonnelles significatives plutôt que le comportement observable de l'individu face à l'intimité. Il est facile à administrer et permet d'évaluer les relations présentes et passées. Différentes études ont démontré les qualités psychométriques du FIS auprès d'étudiants universitaires, d'adolescents, d'adultes d'âge moyen et de victimes d'agression sexuelle (Descutner et Thelen, 1991 ; Doi et Thelen, 1993 ; Sherman et Thelen, 1996 ; Thelen, Sherman et Borst, 1998).

Les résultats obtenus auprès de la population francophone de 253 personnes femmes et hommes vivant en couple tendent à démontrer que le questionnaire sur la peur de l'intimité (QPI) possède de bonnes qualités psychométriques et représente une mesure valable de la peur de l'intimité définie en terme d'anxiété de l'individu face aux relations significatives. L'instrument présente une bonne stabilité temporelle et un bon coefficient de consistance interne.

Le chapitre 2 présente le contexte théorique, la méthodologie et les résultats de l'évaluation de l'impact du moment du dévoilement et de la participation ou non du conjoint au processus d'évaluation sur les symptômes dépressifs et du TSPT, sur la peur de l'intimité, sur les réactions sociales, sur la connaissance d'un soutien adéquat et sur le comportement de soutien, sur les satisfactions sexuelle et conjugale de 27 victimes (adultes) d'agression sexuelle. L'agression sexuelle a été commise par un tiers inconnu ou connu de la victime.

Cette étude se distingue des études antérieures en ce qu'elle repose sur l'évaluation des effets du passage du temps sur les variables évaluées à deux moments distincts, soit lors de l'entrevue d'évaluation clinique et 4 mois plus tard.

Les résultats de la présente étude répondent partiellement aux deux questions de recherche. Vingt six pour cent des victimes présentent un TSPT. Plus que le moment du dévoilement, c'est la participation ou non des conjoints au processus d'évaluation de la présente étude qui donne le plus d'informations significatives avec les questionnaires sur la peur de l'intimité et les sous échelles « égocentrisme du conjoint », « aide tangible » et « soutien émotionnel » du questionnaire des réactions sociales.

Par contre, plusieurs données frôlent le seuil de signification. Le dévoilement précoce et la participation du conjoint favorisent plus de réactions sociales positives et de satisfaction conjugale et moins de réactions sociales négatives. Pour toutes les victimes de l'étude, la perception de la connaissance des mécanismes d'un soutien adéquat et l'adoption d'un comportement de soutien par le conjoint est extrêmement faible.

Nonobstant l'implication souhaitée et réelle du conjoint dans le processus d'évaluation de la présente étude, le passage du temps a permis d'obtenir pour toutes les victimes une augmentation du soutien émotionnel et des résultats mixtes concernant les réactions négatives associées au blâme, à l'égocentrisme du conjoint, à sa distraction et à ses comportements contrôlants.

Le chapitre 3 présente la méthodologie et les résultats de l'évaluation de l'impact du moment du dévoilement sur les symptômes dépressifs et d'un TSPT, sur la peur de l'intimité, sur les réactions sociales, sur la connaissance du soutien et sur le comportement de soutien, sur les satisfactions sexuelle et conjugale de 15 conjoints de victimes (adultes) d'agression

sexuelle. Pour faire suite aux résultats obtenus dans l'étude de Nelson et Wampler, (2000) sur la notion de communicabilité des réactions de chaque membre du couple compte tenu de leur interdépendance, le deuxième objectif évalue s'il existe un synchronisme (un lien) entre les réactions de la victime et celle de son conjoint.

Cette étude se distingue des études antérieures en ce qu'elle repose sur l'évaluation des effets du passage du temps sur les variables évaluées à deux moments distincts, soit lors de l'entrevue d'évaluation clinique et 4 mois plus tard.

Les résultats confirment partiellement les deux questions de recherche à savoir l'impact du moment du dévoilement sur les variables à l'étude et l'existence de liens entre les réactions de la victime et celles de son conjoint. À la suite du dévoilement de l'agression, 20% des conjoints dont le dévoilement est précoce développent un TSPT. Ce sont les données concernant les réactions sociales qui sont les plus significatives pour les deux aspects examinés. Le dévoilement précoce favorise des réactions de blâme, d'égoïsme de distraction et de comportements contrôlants chez les conjoints. De plus, ils offrent un soutien émotionnel faible par rapport aux valeurs de référence de Ulman (2000). Par contre, l'aide tangible est très élevée. La connaissance des mécanismes d'un soutien adéquat et l'adoption ou non d'un comportement de soutien par le conjoint donnent des réponses extrêmement faibles chez tous les participants qui sont bien en deçà des valeurs de référence de Johnson et al. (1993). Les résultats de notre étude n'indiquent pas de relation directe entre les réponses des victimes et celles de leurs conjoints quant à la communicabilité de la réaction de stress traumatique. Des liens semblent toutefois ressortir pour les variables « satisfaction sexuelle » et « aide tangible ».

En ce qui a trait au passage du temps, les résultats indiquent une augmentation significative du soutien émotionnel toute condition confondue, quatre mois plus tard. Pour la deuxième question de recherche, le passage du temps donne davantage de liens entre les réponses des victimes et celles des conjoints.

Dans le chapitre 4, la discussion générale présente une synthèse critique de l'ensemble des résultats obtenus dans les deux aspects de recherche empirique effectuée auprès des victimes et des conjoints. Les implications méthodologiques et cliniques sont suggérées à partir des résultats obtenus dans les deux études. Les forces et les faiblesses méthodologiques des deux études sont également soulignées et, enfin, des pistes de recherche et des recommandations sont suggérées afin de pouvoir poursuivre d'autres études sur l'impact du dévoilement.

Les trois articles ont été soumis à des revues scientifiques avec comité de pairs.

Références

- Aherns, C. E. (2002). Silent and Silenced : The disclosure and non-disclosure of sexual assault. *A thesis submitted in the graduate college of the University of Illinois*. In partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of philosophy in psychology. University of Chicago.
- Aherns, C. E. et Campbell, R. (2000). Assisting rape victims as they recover from rape : The impact on friends. *Journal of Interpersonal Violence*, 15, 9 959-986.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*, 4e ed. Washington, DC: Author.
- Barrera, M. Jr. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14, 413-445
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. et Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Becker, J. V., Skinner, L. J.; Abel, G. G. et Treacy, E. C. (1982). Incidence and type of sexual dysfunctions in rape and incest victims. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 8, 1-73.
- Becker, J. V., Skinner, L. J., Abel, G. G. Axelrod, R. et Cichon, J. (1986). Sexual problems of sexual assault survivors. *Women and Health*, 9, 4, 5-20.
- Broman, C. L., Riba, M. L., et Trahan, M. R. (1996). Traumatic events and marital well-being. *Journal of Marriage and the Family*, 58, 908-916.

- Brown, E. J. (1996). Self-disclosure, social anxiety and symptomatology in rape victims-survivors: the effects of cognitive and emotional processing. *A dissertation submitted to the university at Albany, State university of New York*. In partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of philosophy. College of Art & Sciences, Department of Psychology.
- Burguess, A.W., et Holmstrom, L. L. (1979). Rape: Disclosure to parental Members, *Women and Health* 4, 255-268.
- Compton, J. S., et Follette, V. M. (1998). Couples surviving trauma : Issues and interventions, In Follette V. M., Ruzek, J. I., Abueg, F. R. (Eds). *Cognitive, behavioral, therapies for trauma*. (pp. 321-352).
- Cutrona, C. E., et Russel, D. (1987). The provisions social support and adaptation to stress. *Advance in Personal Relationships*, 1, 37-67.
- Cutrona, C. E., et Surh, J. A. (1992). Controllability of stressful events and satisfaction with spouse support behaviors. *Communication Research*, 19, 2, 154-174.
- Davis, R. C., Brickman, E., et Baker, T. (1991). Supportive and unsupportive responses of others to rape victims: effects on concurrent victims adjustment. *American Journal of Community Psychology*, 19, 3, 443-451.
- Davis, R. C., et Brickman, E. (1996). Supportive and unsupportive aspects of the behavior of others toward victims of sexual and nonsexual assault. *Journal of Interpersonal Violence*, 11, 2, 250-262.

- Descutner, C. J., et Thelen, M. H. (1991). Development and validation of a fear of intimacy scale. *Psychology Assessment: A journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 2, 218-225.
- Doi, S., et Thelen, M. H. (1993). The fear of intimacy scale: Replication and extension. *Psychology Assessment: Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 5, 3, 377-383.
- Follette, V. M., Plusny, M. A., Bechtle, A. E., et Naugle, A. E. (1996). Cumulative trauma: The impact of child sexual abuse, adult sexual assault and spouse abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 1, 25-35.
- Feldman P. J. et Ulman, J. B. (1998). Women's reactions to rape victims: motivational processes associated with blame and social support. *Journal of Applied Social Psychology*, 28, 6, 469-503.
- Goodman, L. A., Koss, M. P., et Russo, N. F. (1993). Violence against women: physical and mental health effects. Part I: research findings. *Applied and Preventive Psychology*, 2, 79-89.
- Gouvernement du Québec. (2001). *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*. La direction des communications du Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Bibliothèque Nationale.
- Guay, S., Billette, V., et Marchand, A. (2002). Soutien social et trouble de stress post-traumatique : Théories, pistes de recherche et recommandations cliniques. *Revue Québécoise de Psychologie*, 23, 3, 165-184.

- Johnson, R., Hobfoll, S. E., et Zalcberg-Linetzy, A. (1993). Social support knowledge and behavior and relational intimacy: a dyadic study. *Journal of Family Psychology*, 6, 3, 266-277.
- Joseph, S., Yule, W. Williams, R., et Andrews, B. (1993). Crisis support in the aftermath of disaster: a longitudinal perspective. *British Journal of Clinical Psychology*, 32, 177-185.
- Kimberling, R., et Calhoun, K. S. (1994). Somatic symptoms, social support and treatment seeking among sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 2, 333-340.
- Lakey, B. Cohen, S. (2000). Social support theory and measurement. In Cohen, S., Underwood, L. G. and Gottlieb, B. H. (Eds). *Social support measurement and intervention: a guide for health and social scientists*.(pp. 29-52).
- McAuslan, P. (1998). After sexual assault: the relationship between women's disclosure, reactions of others, and health. *A dissertation submitted to the graduate school of Wayne State university* . In partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of philosophy. Detroit, Michigan.
- Miller, W. R., Williams, A. M., et Bernstein, M. H. (1982). The effects of rape on marital and sexual adjustment. *The American Journal of Family Therapy*, 10, 51-58.
- Moss, M., Frank, E., et Anderson, B. (1990). The effects of marital statut and partner support on rape trauma. *American Journal of Orthopsychiatry*, 60, 379-391.

- Nelson, B. S., et Wampler, K. S. (2000). Systemic effects of trauma in clinic couples: An exploratory study of secondary trauma resulting from childhood abuse. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26, 2, 171-184.
- Parrot, A. (1991). Medical community response to acquaintance rape: recommendations In L. Bechhofer & A. Parrot (Eds.). *Acquaintance rape: the hidden victim* (pp.304-316). New York:Wiley.
- Prager, K. J.(1995). *The psychology of intimacy*. New York: Guilford Press.
- Rodkin, L. I., Hunt, E. J., et Cowan, S. D. (1982). A men's support group for significant others of rape victims. *Journal of Marital and Family Therapy*, 8, 91-97.
- Routbort, J. C. (1997). What happens when you tell: disclosure, attributions, and recovery from sexual assault. *A dissertation submitted to the university of Michigan graduate board*. In partial fulfillment of the requirement for the degree Doctor of philosophy. University of Michigan.
- Rubenstein, C. M., et Shaver, P. (1982). *In search of intimacy*, NY Delacorte Press.
- Ruch, L. O., et Chandler, S. M. (1980). *The impact of sexual assault on three victims groups receiving crisis intervention services in a rape treatment center: adult rape victims, child rape victims, and incest victims*. Paper presented at the American Sociological Meetings, New York.
- Shumaker, S., et Brownell, A. (1984). Toward a theory of social support: Closing the conceptual gaps. *Journal of Social Issues*, 40, 11-36.

- Stauffer, J. R. (1987). Marital intimacy: Roadblocks and therapeutic interventions. *Family Therapy, 14*, 179-185.
- Symond, M. (1980 Special issues). The "second injury" to victims. *Evaluation and Change*, pp.36-38.
- Thelen, M. H., Sherman, M. D., et Borst, T. S. (1998). Fear of intimacy and attachment among rape survivors. *Behavior Modification, 22*, 108-116.
- Thornhill, N., et Thornhill, R. (1990b). An evolutionary analysis of psychological pain following rape: 1, the effects of victim's age and marital status. *Ethology and sociobiology, 11*, 155-176.
- Ulman, S. E., et Siegel, J. M. (1993). Victim-offender relationship and sexual assault. *Violence and Victims, 8*, 121-134
- Ulman, S. E. (1996b). Social reactions, coping strategies, and self-blame attributions in adjustment to sexual assault. *Psychology of Women Quarterly, 20*, 505-526.
- Ulman, S. E. (1996c). Do social reactions to sexual assault victims vary by support provider? *Violence and victims, 11*, 143-157.
- Ulman, S. E. (1999). Social support and recovery from sexual assault: a review. *Aggression and Violence Behavior, 4, 3*, 343-358.
- Ulman, S. E. (2000). Psychometric characteristics of the Social Reactions Questionnaire: A measure of reactions to sexual assault victims. *Psychology of Women Quarterly, 24*, 169-183.

- Ulman, S. E. et Brecklin, L. R. (2003). Sexual assault history and health-related outcomes in a national sample of women. *Psychology of Women Quarterly*, 27, 46-57.
- Ulman, S. E., et Filipas, H. H. (2001). Predictors of PTSD symptom severity and social reactions in sexual assaults victims. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 369-389
- Valentiner, D. P., Foa, E. B., Riggs, D. S., et Gershuny, B. S. (1996). Coping strategies and posttraumatic stress disorder in female victims of sexual and nonsexual assault. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 455-458.
- Van den Broucke, S., Vandereycken, W., et Vertommen, H. (1995). Marital intimacy: Conceptualization and assessment. *Clinical Psychology and Social Review*, 15, 3, 217-233.
- Watlington, C., Zoellner, L. A., et Foa, E. B. (1998). The role of intimacy, loneliness, and social support in trauma recovery, *Poster presented at the 32 nd Annual association for the advancement of behavior therapy convention*, Washington, DC.
- Wyatt, G. E., et Lyons-Rowe, S. (1990). African American women's sexual satisfaction as a dimension of their sex roles. *Sex Roles*, 22, 509-523.
- Zoellner, L. A., Foa, E. B., et Brigiti, B. D. (1999). Interpersonal friction and PTSD in female victims of sexual and nonsexual assault. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 4, 689- 700.

CHAPITRE 1

VALIDATION CANADIENNE-FRANÇAISE DU QUESTIONNAIRE SUR LA PEUR DE L'INTIMITÉ

(ARTICLE 1)

Running head : VALIDATION DU QUESTIONNAIRE SUR LA PEUR DE L'INTIMITÉ

Validation canadienne-française du Questionnaire sur la Peur de l'Intimité

Geneviève Leblanc

Université du Québec à Montréal

André Marchand

Université du Québec à Montréal

Christiane Khouzam

Université de Montréal

Stéphane Guay

Centre de recherche Fernand-Seguin de l'hôpital Louis-H. Lafontaine

Janvier 2006

Résumé

Cette étude vise à traduire et à valider, auprès d'une population (N = 253) canadienne-française, un instrument auto-administré mesurant la peur de l'intimité. Plus spécifiquement, ce questionnaire mesure l'anxiété associée à l'idée de créer ou de maintenir une relation de proximité avec une autre personne. L'objectif principal consiste à vérifier la validité de construit, la structure factorielle et la stabilité temporelle du Questionnaire sur la Peur de l'Intimité de même qu'à obtenir des données de référence. L'échantillon utilisé est constitué d'étudiants universitaire en psychologie, en sexologie et en administration, de membres de la population générale, ainsi que de victimes d'agression sexuelle. Les résultats indiquent que cet instrument possède de bonnes qualités psychométriques, tant en ce qui a trait à sa fidélité, sa validité qu'à la qualité de sa traduction.

Mots clés : Questionnaire sur la Peur de l'Intimité, validation, questionnaire auto-administré, analyse factorielle.

Abstract

The aim of this study is to translate and validate, with a French Canadian population (N=253), a self-report instrument which measures fear of intimacy. Specifically, this questionnaire assesses anxiety associated to the idea of establishing or maintaining an intimate relationship with another person. The research objective is to verify the factorial structure, temporal stability and construct validity of the "*Questionnaire sur la Peur et l'Intimité*" as well as obtaining referential data. The sample utilized consists of university level students in psychology, sexology and business management; individuals from the general population as well as victims of sexual aggression. Results indicate that the french version of this instrument possesses good psychometric properties, comparable to those of the original version, as pertaining to its fidelity, construct validity and the quality of the translation.

Key words: Questionnaire on fear of Intimacy, validation, self-report questionnaire, factorial analysis

Validation canadienne-française du Questionnaire sur la Peur de l'Intimité

L'importance des relations interpersonnelles dans notre vie est incontestable. De fait, les relations intimes sont depuis longtemps considérées comme des éléments essentiels de la santé mentale et de l'ajustement psychosocial et parce qu'elles favorisent, entre autres, les capacités d'adaptation de la personne (Descutner et Thelen, 1991 ; McAdams et Vaillant, 1982). Les individus accordent souvent une importance considérable à ces relations intimes qu'ils citent comme source de bonheur et facteur contribuant au sens même de leur vie (Bartholomew, 1990). Selon Prager (1995), les études sur l'intimité sont importantes car les contacts intimes sont des agents de renforcement puissants qui augmentent la satisfaction à l'égard de la relation et favorisent le bien-être général des individus.

Dans la recherche effectuée auprès de personnes âgées, Lowenthal et Haven (1968) observent que l'existence d'au moins une relation intime permettait de diminuer le risque de dépression et d'améliorer le moral chez les participants, et ce, même lorsque peu d'interactions sociales sont rapportées au total. De plus, une motivation élevée à la recherche d'intimité serait fortement corrélée à la satisfaction au travail et dans la vie conjugale (McAdams et Vaillant, 1982).

De nombreuses études empiriques démontrent également les conséquences négatives associées à la difficulté d'établir ou de maintenir une relation d'intimité. Par exemple, la dépression, le suicide, l'alcoolisme, la violence familiale, l'isolement, des difficultés d'adaptation au stress et à la maladie, de faibles résultats scolaires et des difficultés d'emploi ont tous été reliés à des difficultés relationnelles (Costello, 1982 ; Duck, 1991 ; Waltz, 1986). Ainsi, différentes études tendent à démontrer qu'une capacité altérée de développer et de maintenir des relations intimes pourrait augmenter le risque pour la personne de présenter des

difficultés émotionnelles (Descutner et Thelen, 1991). De même, certains événements survenant de manière impromptue dans la vie du couple, telle une agression, peuvent oblitérer l'intimité du couple (Stauffer, 1987). Ainsi, une victime d'agression peut être progressivement envahie par la peur de l'intimité, et ce, nonobstant l'attitude bienveillante du conjoint (Descutner et Thelen, 1991). De la même manière, les individus dépressifs ont parfois tendance à attribuer, à tort, des intentions négatives aux comportements des proches et leurs symptômes dépressifs peuvent causer des conflits interpersonnels qui risquent de maintenir la chronicité de leur état (Guay, Marchand et Billette, 2002) et ainsi réduire l'intimité. Dans une étude citée par Herman (1992), les personnes présentant le moins de symptômes post-traumatiques après un événement traumatisme sont celles qui ont rapporté vivre une grande expérience d'intimité avec leur partenaire. Il appert donc que la dépression, l'anxiété, les réactions de stress post-traumatique qui sont des difficultés reliées à la modulation de l'intensité de la peur de l'intimité, peuvent donc servir de construit comparatif pour examiner la validité discriminante de Questionnaire de la Peur de l'intimité.

Définition de l'intimité

Si la plupart des gens disent savoir ce qu'est l'intimité, bien peu sont en mesure de définir clairement ce qu'elle est. Même dans la recension des écrits narratifs, il s'avère difficile de trouver une définition claire et opérationnelle de ce concept. Ainsi, la plupart des auteurs proposent plutôt des caractéristiques essentielles à la reconnaissance d'une relation intime. Parmi les plus fréquemment citées, notons le dévoilement de soi (self-disclosure), l'honnêteté, la chaleur, la protection, la dévotion, l'engagement mutuel, l'attachement émotionnel, le sentiment d'être près de l'autre, le souci des besoins de l'autre et l'ouverture (Descutner et Thelen, 1991 ;

Piorkowski, 1994 ; Prager 1995). Nous retiendrons donc ces éléments comme étant le noyau de la définition opérationnelle de l'intimité.

Bien que cruciales pour l'équilibre psychique et social, les relations intimes comportent des risques et demandent une implication importante. D'ailleurs, selon certains auteurs, les difficultés à développer et maintenir des relations intimes peuvent s'expliquer en partie par les risques associés à ce genre de relations. Ainsi, la douleur appréhendée à l'égard d'une implication importante de la part d'un individu dans une relation significative constituerait un facteur important de la peur de l'intimité. Piorkowski (1994) consacre deux chapitres de son livre aux différents risques liés à l'intimité : la peur d'être exposé, de perdre le contrôle, de perdre son autonomie, d'être attaqué, déçu ou trahi, la peur de la culpabilité et la crainte du rejet et de l'abandon.

Peur de l'intimité

Devant la difficulté de définir clairement le concept d'intimité et parce que, selon eux, la peur précéderait souvent l'apparition de problèmes d'intimité, Descutner et Thelen (1991) ont tenté de développer et de mesurer ce concept.

Pour ces chercheurs, la peur de l'intimité constitue une disposition interne à craindre et à éviter l'intimité et cette variable spécifique ne peut être évaluée à partir des instruments de mesure de l'intimité disponibles actuellement. Ces auteurs définissent la peur de l'intimité comme une capacité inhibée chez l'individu, en raison de l'anxiété éprouvée, d'échanger avec une personne hautement estimée les pensées et les émotions ayant une signification personnelle. Le construit qu'ils proposent inclut trois caractéristiques fondamentales, soit : 1) le contenu (la communication d'informations personnelles), 2) la valence émotionnelle (des sentiments forts à propos de l'information échangée) et 3) la vulnérabilité perçue en fonction de l'importance

accordée à l'autre (une haute estime pour l'opinion de l'individu recevant l'information). Selon ces mêmes chercheurs, l'intimité nécessite la présence de chacune de ces caractéristiques. Par exemple, confier d'importantes difficultés personnelles (l'échange d'informations personnelles) nous menant à remettre en question notre couple (grande valeur émotionnelle) à une intervenante en ligne dans un centre d'intervention téléphonique (absence de vulnérabilité associée à une haute estime de la personne recevant l'information) ne constitue pas un échange intime. De plus, Descutner et Thelen (1991) nous invitent à distinguer le concept de peur de l'intimité de celui d'anxiété sociale. En effet, un individu peut se montrer très à l'aise dans un groupe, mais présenter une peur marquée des relations impliquant de l'intimité. Par ailleurs, puisque la peur de l'intimité peut se manifester dans une grande variété de situations et avec différents partenaires, elle est considérée comme un trait ou une disposition.

Mesures de l'intimité

La plupart des mesures de l'intimité actuellement disponibles évaluent l'intimité dans le cadre d'une relation existante. C'est le cas du *Miller Social Intimacy Scale* (MSIS : Miller et Lefcourt, 1982) et du *Pair Inventory* (Schafer et Olson, 1981). Un des problèmes rencontrés dans l'interprétation de ces mesures concerne la possibilité que l'instrument ne détermine que le manque d'intimité de la relation actuelle plutôt qu'un problème général d'intimité. L'*Intimacy Status Interview* (Orlofsky, Marcia et Lesser, 1973) est une entrevue qui permet quant à elle d'examiner les relations actuelles et passées, mais qui s'avère très longue à administrer.

Le *Fear of Intimacy Scale* (FIS) (Descutner et Thelen, 1991) a été développé dans le but d'obtenir un instrument moins long à administrer et permettant d'évaluer les relations d'intimités présentes et passées. Pour ce faire, les auteurs se sont employés à mesurer l'anxiété ressentie à l'idée de développer des relations interpersonnelles significatives. Le FIS mesure la détresse

subjective plutôt que le comportement observable de l'individu face à l'intimité. Il s'agit d'un instrument auto-administré de 35 items présentés sous la forme d'une échelle de Likert en 5 points variant entre 1 (n'est pas du tout caractéristique) et 5 (extrêmement caractéristique). Près de la moitié des items présente une formulation inverse afin de limiter les biais. Des cotes élevées indiquent que l'individu démontre de l'anxiété et de la peur à l'égard des relations intimes. Différentes études ont démontré les qualités psychométriques du FIS auprès d'étudiants universitaires, d'adolescents, d'adultes d'âge moyen et de victimes d'agression sexuelle (Desutner et Thelen, 1991 ; Doi et Thelen, 1993 ; Sherman et Thelen, 1996 ; Thelen, Sherman et Borst, 1998). Dans l'ensemble, le FIS démontre une bonne consistance interne (coefficients alpha variant entre .90 et .93), une bonne fidélité test-retest (corrélation de Pearson de .89), ainsi que des résultats s'accordant avec les prédictions émises au sujet des validités de divergence et de convergence, une corrélation étant entre autres observée avec des mesures d'anxiété de trait (corrélation de Pearson .43) et de désirabilité sociale (corrélation de Pearson de .39). De plus, les analyses factorielles tendent à indiquer un seul facteur principal (expliquant entre 22.2% et 33.4% de la variance). Outre ses qualités psychométriques intéressantes, le FIS offre l'avantage d'une administration brève et facile et permet d'évaluer les relations interpersonnelles significatives présentes et passées.

Objectifs

Le premier objectif de cette étude consiste à vérifier la consistance interne, la validité de construit, la structure factorielle et la stabilité temporelle de la version francophone du FIS soit le Questionnaire de la Peur de l'Intimité. Le second objectif consiste à établir les données de références pour une population clinique composée de personnes ayant un trouble de stress post-

traumatique et pour des populations non cliniques composées d'étudiants universitaires et d'adultes non étudiants.

Méthodologie

Participants

L'étude se compose de trois échantillons ($N = 253$). Un échantillon clinique constitué de 27 individus victimes d'agression sexuelle et de deux échantillons non cliniques, l'un composé de 204 étudiants provenant des départements de psychologie, de sexologie et de gestion de l'Université du Québec à Montréal et l'autre de 22 adultes non étudiants et ayant un travail rémunéré ayant été recrutés dans l'entourage des membres de l'équipe de recherche du laboratoire d'Étude du trauma. Chaque participant devait être engagé dans une relation de couple au moment de compléter les questionnaires.

Les participants devaient compléter différents questionnaires dont le Questionnaire sur la Peur de l'Intimité (QPI) ; l'Échelle Modifiée de Symptômes Traumatiques (EMST) ; l'Inventaire de Dépression de Beck (IDB) et finalement l'Inventaire d'Anxiété Situationnelle et de Trait (ASTA). Chacun des participants était également invité à répondre à un questionnaire sociodémographique élaboré par notre équipe de recherche qui visait à recueillir des informations sur les participants telles que le sexe, l'âge, le statut civil, des informations sur le travail ainsi que le niveau de scolarité. Le tableau 1 permet d'observer les caractéristiques sociodémographiques des trois échantillons.

Insérer Tableau 1 ici

Instruments

L'Échelle Modifiée des Symptômes Traumatiques (EMST) traduction et adaptation québécoise du *Modified PTSD Symptoms Scale* (Falsetti, Resnick, Resick et Kilpatrick, 1993) par Stephenson, Brillon, Marchand et Di Blasio (1995), est un instrument de mesure auto-administré permettant d'évaluer la sévérité et la fréquence des symptômes du TSPT selon les critères du DSM-IV. Cet instrument contient 17 items répartis dans les sous-échelles Fréquence et Sévérité. La sévérité du trouble est évaluée selon une échelle d'intensité de cinq points allant de « pas du tout perturbant » à « extrêmement perturbant ». Quant à la fréquence, elle est évaluée sur une échelle d'intensité de quatre points allant de « pas du tout » à « presque toujours ». La version québécoise de ce questionnaire possède de très bons indices de consistance interne pour l'échelle globale ($\alpha = .97$) ainsi que pour les échelles de fréquence $\alpha = .95$ et de sévérité ($\alpha = .95$); (Guay, Marchand, Iucci et Martin 2002). De plus, elle présente un bon indice de stabilité temporelle sur un intervalle de temps de cinq semaines ($r = .71$). Ce questionnaire est utilisé pour mesurer la validité divergente du QPI.

L'Inventaire de dépression de Beck (IDB) est la version française du *Beck Depression Inventory* (Beck, Ruch, Shaw et Emery, 1979). Ce questionnaire mesure la présence et l'intensité de 21 symptômes de dépression. Cet instrument a été validé en français par Bourque et Beaudette (1982). Dans la version française, le coefficient de consistance interne est de $\alpha = .82$ et la fidélité test-retest est à $.75$. Cet inventaire est utilisé pour mesurer la validité divergente du QPI.

L'Inventaire d'Anxiété Situationnelle et de Trait (ASTA) (Gauthier et Bouchard, 1993), traduction du *State Trait Anxiety Inventory* de Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg et Jacobs, (1983) est un instrument de deux sous échelles. La première l'Échelle de 20 items sert à mesurer

le niveau d'anxiété situationnelle (EAS) au moment de son administration. La seconde sous échelle comprenant 20 items mesure la fréquence des traits anxieux (ETA) habituellement présent chez les individus. Les coefficients de fidélité rapportent une consistance interne satisfaisante tant pour les femmes que pour les hommes à l'EAS ($\alpha = .90$ et $\alpha = .90$) et à l'ETA ($\alpha = .91$ et $\alpha = .91$). Cet inventaire est utilisé pour mesurer la validité divergente du QPI.

Procédure d'évaluation

Parmi les participants provenant des milieux non cliniques, les travailleurs et les étudiants ont répondu à tous les questionnaires mentionnés précédemment. Ils recevaient les questionnaires avec une enveloppe de retour pré-affranchie. L'assistante leur expliquait les consignes d'auto administration et de confidentialité et leur faisait remplir un formulaire de consentement. Pour ce qui est de l'échantillon clinique, la coordonnatrice de recherche a fourni des explications concernant les objectifs de l'étude, la nature de la confidentialité, les consignes spécifiques dont ils devaient tenir compte lors de l'auto-immunisation des questionnaires. Les participants ont eu à remplir sur place les questionnaires.

Traduction du Fear of Intimacy Scale (FIS)

La traduction du FIS (Descutner et Thelen, 1991) a été réalisée selon la méthode de traduction inversée (Vallerand 1989). Il a d'abord été traduit de l'anglais au français par quatre experts. L'ensemble des items produits a été soumis à chacun des experts afin qu'il sélectionne la meilleure traduction. Par la suite, les formulations d'items les plus fréquentes ont été conservées pour la version française finale. Afin de s'assurer de la justesse de la traduction, le questionnaire francophone a été confié à un expert bilingue pour être retraduit en anglais. La traduction du français à l'anglais a donné une version comparable à la version originale.

Seuil de divergence

Afin d'évaluer le degré de divergence entre les divers instruments et le QPI, un coefficient de corrélation de .40 a été retenu comme point de coupure. Le choix de ce niveau est basé sur le postulat qu'un tel seuil permet d'expliquer 16% de la variance, ce qui nous apparaît être un seuil maximal afin de considérer que deux instruments mesurent des construits différents.

Résultats

Comparaison entre les échantillons

Des analyses statistiques (ANOVA et Khi-carré) permettent de comparer les données sociodémographiques des trois échantillons entre eux. Les résultats indiquent qu'en ce qui à trait à l'âge, il existe une différence entre les groupes. La population générale est plus âgée que les étudiants et les victimes $F(2,250) = 33.00, p < .0001$. Les étudiants et les victimes ont un revenu plus faible que la population générale $F(2, 236) = 15.19, p < .0001$. Les échantillons d'étudiants et ceux de la population générale sont davantage en union de fait et mariés que les victimes $\chi^2(2, N = 240) = 6.94, p = .031$. Le sexe féminin se trouve en plus grand nombre chez les étudiants et les victimes que chez la population générale $\chi^2(2, N = 253) = 19.39, p < .000$. De plus, il semble les étudiants sont plus scolarisés que les victimes $\chi^2(2, N = 253) = 29.73 p < .001$ et les étudiants travaillent moins à temps complet que les deux autres groupes $\chi^2(2, N = 253) = 64.65 p < .001$.

Analyses préliminaires

Les cotes au QPI varient entre 6 et 149 avec une cote moyenne de 68,68 (hommes = 79,20 ; femmes = 65,67) et un écart-type de 20,17 (hommes = 19,88 ; femmes = 19,27). Des analyses statistiques univariées ont été effectuées sur les moyennes des cotes brutes obtenues au

QPI afin de vérifier s'il existe des différences entre les hommes et les femmes. Les hommes présentent davantage de peur de l'intimité que les femmes $F(1.252) = 9.78, p < .05$.

Stabilité temporelle et consistance interne

La stabilité temporelle du QPI a été déterminée en mettant en relation les résultats initiaux de 34 participants avec ceux obtenus lors d'une deuxième passation effectuée subséquemment, soit entre quatre et six semaines plus tard avec ces mêmes participants. Un coefficient de corrélation de Pearson de $r(32) = .84, p < .01$ indique une bonne stabilité temporelle pour cet instrument.

Le coefficient de consistance interne, calculés à partir de la somme des cotes standardisées (alpha de Cronbach), est de $\alpha = .85$, indiquant une bonne consistance interne. Cependant, deux items corrélaient de façon légèrement négative avec le total au questionnaire. Il serait pertinent de mener une étude supplémentaire afin de vérifier si ces items doivent être retirés du questionnaire ou reformulés.

Validité de construit

L'absence d'instrument francophone validé connu mesurant la peur de l'intimité n'a pas permis de vérifier la validité de convergence de notre instrument avec d'autres mesurant un construit comparable. Dans la présente étude, la validité de construit est établie à l'aide de la validité divergente et la validité factorielle. La validité divergente a été évaluée à l'aide des coefficients de corrélation de Pearson obtenus entre le QPI et les divers questionnaires impliquant des populations de comparaison différentes d'un questionnaire à l'autre et mesurant des construits différents (Voir Tableau 2). En raison des multiples comparaisons effectuées, le seuil de signification statistique a été fixé à .017. Tel qu'anticipé, les indices de corrélations

obtenues entre le QPI et le BDI (214) $r = .28, p < .01$, le QPI et l'ASTA (96) $r = .32, p < .01$, le QPI et l'ÉMST (52) $r = .32, p < .05$ sont divergentes.

Insérer le tableau 2 ici

Analyse factorielle

La structure factorielle du QPI, une autre composante de la validité de construit, a été analysée. Pour se faire, une analyse en composante principale avec rotation orthogonale de type VARIMAX a été effectuée (voir Tableau 3). L'analyse de l'échantillonnage au moyen de la méthode de « measure of sampling adequacy » de Kaiser-Meyer-Olkin (Hair, Anderson et Tatham, 1987) pour la matrice d'intercorrélations des items permet d'obtenir une cote de .92. Un tel indice est considéré comme indiquant l'utilité d'une analyse factorielle. L'analyse factorielle des 35 items du QPI a révélé la présence de trois facteurs, tout comme l'analyse factorielle de la version anglophone. La méthode d'extraction du nombre de facteurs repose sur le « test des éboulis » (Kim et Muller, 1978) et permet d'identifier trois facteurs soit la peur liée à la relation actuelle qui comprend deux facteurs et celle liée à la peur passée. Le premier facteur (valeur propre = 9.56) a expliqué 27.3% de la variance alors que le second facteur (valeur propre = 6.75) et le troisième (valeur propre = 3.16) ont expliqué respectivement 19.3% et 9.0% de la variance. Les valeurs de l'alpha de Cronbach de chacun des facteurs indiquent une bonne cohérence interne (voir Tableau 3). Les résultats d'analyse révèlent que le premier facteur correspond aux items présentant une formulation inverse et, le second facteur, aux items non inversés. Le premier et le second facteur représentent donc l'ensemble des items ($n = 26$) pour lesquels le participant doit répondre en fonction de la relation avec son partenaire actuel, alors que le

troisième facteur regroupe les items correspondant aux questions concernant les relations passées. Quatre facteurs n'appartiennent à aucun des facteurs. La sévérité du seuil à .5 explique l'exclusion des items en question. En travaillant avec un seuil plus conservateur de .3, nous observons que tous les items convergent vers un facteur unique. Selon les auteurs du FIS, la distinction entre les premier et second facteur dépend davantage de la direction de la formulation (affirmative ou non) de certains items que de leur conceptualisation. Qui plus est, le 3^{ème} facteur possède un poids relativement négligeable et ne comprend que 4 items. Conséquemment, pour les concepteurs du questionnaire, la validité de construit du FIS a démontré la dominance d'un facteur qui indique que le test est une mesure unidimensionnelle qui évalue l'anxiété reliée à la relation intime (Doi et Thelen, 1993). Compte tenu de l'obtention de résultats similaires, la présente étude adopte la même interprétation que les auteurs de la validation anglophone concernant l'unidimensionnalité de la version francophone.

Insérer le tableau 3 ici

Validité différentielle

Le tableau 4 présente les données de référence de l'échantillon francophone, de l'échantillon américain et de l'échantillon composé de victimes d'agression sexuelle et permet une comparaison du score moyen en fonction de l'échantillon.

Comparaison des données avec celles de la version anglophone

Notre échantillon provenant d'une population principalement étudiante (n = 204) et population générale (n = 22) qui devait être en couple au moment de sa participation, présente

une moyenne de (68.68 , ET = 20.17) comparable à celle (68.14, ET = 18.83) de la population anglophone en couple ($N = 486$) = .35, $p = 0.73$

Les résultats d'une ANOVA indiquent une différence significative entre les trois groupes $F(2, 250) = 14.62, p < .0001$. Des analyses *a posteriori* révèlent que la différence significative se situe entre l'échantillon de victimes d'agression sexuelle et les deux autres échantillons (étudiants et population générale). Les victimes d'agression sexuelle présentent des moyennes plus élevées que les deux autres groupes indiquant ainsi une plus grande peur de l'intimité. Il n'y a pas de différences significatives entre les étudiants et la population générale. Ces résultats indiquent que la peur de l'intimité se vit différemment selon les échantillons.

Insérer le tableau 4 ici

Une ANOVA a permis d'évaluer l'impact du sexe, du statut social, du travail et de la scolarité sur la peur de l'intimité. Les résultats indiquent que le statut civil et le travail n'ont pas d'impact sur la peur de l'intimité. Toutefois, le niveau de scolarité est positivement associé à la peur de l'intimité $F(1, 252) = 12.52, p < .05$ ce qui signifie que plus les individus sont scolarisés plus ils ont peur de l'intimité. Une corrélation positive entre l'âge et la peur de l'intimité $r(251) = .1657, p = .0083$ signifie que les plus âgés présentent une peur un peu élevée de l'intimité.

Discussion

L'objectif de la présente étude consiste à vérifier la consistance interne, la fidélité test-retest et la validité de construit de la version française du FIS et d'obtenir des données de référence pour une population de victimes d'agression sexuelle, d'étudiants universitaires et de la

population en général. Les résultats obtenus permettent d'observer que, dans l'ensemble, le QPI possède de bonnes qualités psychométriques, qualités qui s'avèrent similaires à celles obtenues avec la version anglophone. Ainsi, la consistance interne du QPI semble satisfaisante et comparable à la version originale. Toutefois, il faut garder à l'esprit que le niveau de coefficient alpha dépend à la fois des corrélations inter-items et du nombre d'items que contient le questionnaire et qu'une consistance interne élevée n'est pas un indicateur d'homogénéité, ni d'unidimensionnalité (Smith et McCarthy, 1995). Une bonne consistance interne constitue un indice supplémentaire de la validité de construit.

La fidélité test-retest indique une très bonne stabilité temporelle après quatre à six semaines, similaire d'ailleurs à celle obtenue dans la version anglophone. Par contre, l'utilisation d'un échantillon relativement restreint limite la portée du résultat obtenu.

En ce qui concerne la validité de construit, elle semble très satisfaisante. Dans la présente recherche, la validité de construit a été évaluée, entre autres par des indices de validité de divergence. On constate, en général, que le QPI est faiblement corrélé avec les questionnaires qui mesurent les symptômes associés à la dépression (BDI), à l'anxiété générale (ASTA) et au stress post-traumatique (EMST). Ces résultats correspondent bien aux divergences attendues en raison des différents construits mesurés par ces instruments.

La validité de construit a également été évaluée par une analyse factorielle. Les résultats de l'analyse sont consistants avec la structure du questionnaire et révèlent qu'il discrimine bien la relation actuelle et les relations passées en justifiant ainsi la séparation des items dans le questionnaire.

La validité différentielle obtenue par les données de référence obtenues sont limitées, mais permettent néanmoins de situer de façon significative les cotes des individus qui complètent

le questionnaire en fonction de données cliniques provenant de victimes d'agression sexuelle et non clinique (étudiants et population générale). Il semble donc que les personnes qui vivent un événement traumatique sont plus susceptibles que les autres d'éprouver une peur de l'intimité élevée.

La validation du QPI comporte certaines limites, à savoir que s'il existe trois facteurs non corrélés, comme semble l'indiquer le test, conséquemment, la cohérence interne du score global s'en trouve affaiblie.

Certaines variables importantes n'ont pas été contrôlées dans cette étude. La validation de la version originale avait démontré une corrélation négative faible mais significative entre la peur de l'intimité et la désirabilité sociale (Descutner et Thelen, 1991). Des recherches futures devraient vérifier la présence de ce lien auprès de la population québécoise et, si nécessaire, contrôler les résultats en fonction de son impact.

Il est difficile de généraliser les résultats de la présente étude puisque la population est majoritairement étudiante, d'un niveau de scolarité élevé et composée presque essentiellement de femmes. De plus, les hommes semblent démontrer plus de peur de l'intimité que les femmes. Ces données sont aussi mentionnées dans les études de Doi et Thelen (1993) et Thelen et al. (2000). Toutefois, notre échantillon masculin étant de 50 personnes, il n'est donc pas représentatif de la population générale. La validation de l'instrument devrait se poursuivre, entre autres, afin d'établir des données de référence pour la population générale vivant seule ou en couple, d'étudiante et comprenant davantage d'hommes vivant ou ne vivant pas en couple. De plus, il serait intéressant de clarifier la différence entre la perception de la peur de l'intimité selon qu'il s'agit de relations présentes ou passées. Une telle distinction pourrait permettre aux

cliniciens utilisant le questionnaire de mieux interpréter les résultats obtenus en fonction du statut civil de leurs clients.

Par ailleurs, une partie de la validation devrait permettre de vérifier la stabilité du concept de peur de l'intimité sur une période de temps plus étendue puisque le concept propose une mesure de trait chez les individus. En ce sens, une vérification des variations des cotes en fonction du moment dans la relation (commencement de la relation, début du concubinage, conjoint de fait depuis plus d'un an), du niveau de l'engagement ainsi que de l'impact d'une rupture sur le niveau de peur de l'intimité pourrait permettre de préciser la validité de construit, c'est-à-dire d'appuyer le concept de peur de l'intimité en tant que trait stable d'anxiété associée aux relations intimes.

Applications

Sur le plan clinique, le QPI, est un instrument facile à administrer et à interpréter pour les cliniciens et les chercheurs afin de cibler et d'évaluer l'importance de la peur de l'intimité dans une relation de couple, les dysfonctions sexuelles et à la suite d'événements traumatiques comme l'agression sexuelle. Les résultats de l'étude de Thelen, Sherman et Borst, (1998) obtenus auprès de victimes d'agression sexuelle et d'un groupe contrôle indiquent que les victimes présentent un niveau élevé de peur de l'intimité dans leur couple, qu'elles sont moins confortables avec toute forme de proximité et démontrent plus de peur à s'abandonner que le groupe contrôle. De plus, l'étude de Thelen et al. (2000) auprès de couples récemment constitués indique que le niveau (bas, moyen et élevé) de peur de l'intimité d'un membre du couple est le principal prédicateur de la perception d'intimité que ce membre perçoit de la relation. Les auteurs observent des différences entre les hommes et les femmes dans ce contexte. Par exemple, les femmes qui ont une peur élevée de l'intimité ont tendance à percevoir moins d'intimité dans la relation sans

égards au niveau de peur de l'intimité du conjoint. Conséquemment, chez cet échantillon de femmes, les risques de rupture dans les 6 mois sont élevés parce qu'elles ont l'impression que le niveau d'intimité désiré n'est pas atteint. De plus, compte tenu de leur socialisation, les femmes recherchent plus d'intimité et de rapprochement que les hommes. Chez les couples dont la femme présente un haut niveau de peur de l'intimité ne correspondant pas à ce rôle traditionnel, on observe que ni la recherche d'intimité avec le partenaire, ni la relation ne survivent. Ces résultats, bien que limités, mettent l'accent sur l'importance de la compatibilité du niveau de peur de l'intimité dans le couple et sur le patron de corrélation entre l'intimité actuelle et désirée. De plus, ces résultats raffinent notre compréhension sur l'impact de la peur de l'intimité, notamment à la suite des événements traumatiques et spécifiquement sur la différence des genres chez les couples récents.

Les consultations pour problèmes conjugaux sont souvent associées à des facteurs tels une perturbation de l'intimité ou une incompatibilité des niveaux de peur de l'intimité entre les membres d'un couple comme l'ont observé Thelen et al. (2000). Compte tenu des résultats intéressants concernant les qualités psychométriques et la rapidité de la passation, le QPI pourrait s'avérer un outil pratique notamment pour les recherches sur les traumatismes, les victimes d'agression et pour toutes formes de difficultés conjugales et relationnelles. Dans le même esprit, il pourrait devenir un outil pertinent pour l'évaluation et la mesure d'impact pour les cliniciens effectuant de la thérapie de couple.

L'administration aisée du questionnaire offre la possibilité de l'utiliser en pratique clinique pour contribuer à déterminer le niveau de peur de l'intimité des couples qui consultent. La détermination du niveau de peur de l'intimité pour chacun des conjoints pourrait constituer une base intéressante pour travailler la dynamique du couple. Des études éventuelles pourraient

élargir les possibilités d'utilisation du QPI, par exemple, dans les problèmes relationnels et les troubles de personnalité.

Références

- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective, *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 147-178.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. et Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Costello, C.G.(1982). Social factors associated with depression : A retrospective community study. *Psychological Medicine*, 12, 329-339.
- Descutner, C. J. et Thelen, M. H.(1991). Development and validation of fear-of-intimacy scale. *Psychological Assessment*, 3, 2, 218-225.
- Doi, S. C.et Thelen, M. H. (1993). The fear-of-intimacy scale: Replication and extension. *Psychological Assessment*, 5, 3, 377-383.
- Duck, S. W. (1991). *Understanding Relationships*. New York: Guilford Press.
- Falsetti, S. A., Resnick, H. S., Resick, P. A. et Kilpatrick, D. G. (1993). The Modified PTSD symptom scale: a brief self-report measure of posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapist*, 16, 161-162.
- Gauthier, J. et Bouchard, S. (1993). Adaptation canadienne-française de la forme révisée du *state-trait anxiety inventory* de Spielberger. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 25, 4, 559-578.
- Gauthier, J. G., Morin, C., Thériault, F. et Lawson, J. S. (1982). Adaptation française d'une mesure d'auto évaluation de l'intensité de la dépression. *Revue Québécoise de Psychologie*, 3, 13-27.
- Kim, J. O. et Muller, C. W. (1978). *Factors analysis statistical methods and practical issues* series Quantitative applications in the social sciences. Beverly Hills: Sage.

- Koss, M. P. et Gidycz, C. A. (1985). Sexual experiences survey: reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 3, 422-423.
- Koss, M. P. et Oros, C. J. (1982). Sexual experiences Survey: A research instrument investigating sexual aggression and victimization, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 3, 455-457.
- Lowenthal, M.F. et Haven, C. (1968). Interaction and adaptation: Intimacy as a critical value. *American Sociological Review*, 33, 20-30.
- McAdams, D. P. et Vaillant, G. E. (1982). Intimacy motivation and psychological adjustment: A longitudinal study. *Journal of Personality Assessment*, 46, 6, 586-593.
- Miller, R. S. et Lefcourt, H. M. (1982). The assessment of social intimacy. *Journal of Personality Assessment*, 46, 514-518.
- Orlofsky, J. L., Marcia, J. E. et Lesser, I.M. (1973). Ego identity status and intimacy versus isolation crisis in young adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 27, 211-219.
- Piorkowski, G. K. (1994). *To close for confort: exploring de risks of intimacy*. New York: Plenum Press.
- Prager, K. J.(1995). *The psychology of intimacy*. New York: Guilford Press.
- Shaefer, M.T.et Olson, D. H. (1981). Assessing intimacy: The PAIR inventory. *Journal of Marital and Family Therapy*, 7, 47-60.
- Sherman, M. D. et Thelen, M. H. (1996). Fear of intimacy scale: validation and extension with adolescents. *Journal of Social and Personal Relationships*, 13, 4, 507-521.
- Smith, G.T. et McCarthy, D. (1995). Methodological considerations in the refinement of clinical assessment instruments. *Psychological assessment*, 7, 300-308.

- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R. et Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety inventory (form Y)*. Palo Alto, CA: Mind Garden.
- Stephenson, R., Marchand, A., Lavallée, M. C., Brillon, P. et Di Blasio, L. (1999). *Translation and transcultural validation of the Modified PTSD symptom scale*. Poster presented at the XXVIth International Congress of Psychology, Montréal.
- Thelen, M. H., Sherman, M. D. et Borst, T. S. (1998). Fear of intimacy and attachment among rape survivors. *Behavior Modification*, 22, 1, 108-116.
- Thelen, M. H., Vander Wal, J. S., Thomas, A. M. et Harmon, R. (2000). Fear of intimacy among dating couples. *Behavior Modification*, 24, 2, 223-240.
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques : Implications pour la recherche en langue française. *Psychologie Canadienne*, 30, 662-680.
- Waltz, M. (1986). Marital context and post-infarction quality of life: is it social support or something more? *Social Science Medicine*, 22, 8, 791-805.

Tableau 1

Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon et des victimes d'agression sexuelle

Variables	Étudiants	Population générale	Victimes
Nombre de participants	204	22	27
Hommes	39	11	0
Femmes	165	11	27
Âge moyen (année) (ÉT)	24.15 (6.57)	37.86 (14.53)	29 (8.93)
Statut Civil *			
Marié, e, Union de fait	107 (52.5)	7 (31.8)	5 (92.51)
Relation amoureuse	86 (42.2)	13 (59.1)	20 (74.07)
Travail *			
Temps complet	17 (8.3)	16 (72.7)	8 (30)
Temps partiel	133 (65.2)	4 (18.2)	8 (30)
Aucun	54 (26.5)	2 (9.1)	11 (41)
Niveau de scolarité *			
Secondaire	4 (2.0)	3 (13.6)	10 (35.7)
Collégial	40 (19.6)	6 (27.3)	9 (32)
Universitaire	160 (73.5)	13 (59.1)	8 (20)
Revenu			
N	194	21	24
Moyennes et	12,110.00	26,900.00	16,250.00
(ET)	(11,110.00)	(17,780.00)	(11,910.00)

* Nombre de participants (%)

Tableau 2

Corrélations entre le FIS et les autres questionnaires

Questionnaires	FIS	IDB	ASTA	EMST
FIS	--	.283**	.321**	.316**
IDB	--	--	.721**	.648**
ASTA	--	--	--	.840**
EMST	--	--	--	--

** p <.01

Tableau 3

Analyses en composantes principales avec rotation varimax du QPI

Items	Relation actuelle formulation inverse	Relation actuelle	Relations passées
30	0.878		
19	0.874		
18	0.873		
25	0.869		
29	0.854		
27	0.848		
22	0.837		
8	0.836		
10	0.814		
21	0.786		
7	0.759		
17	0.713		
14	0.672		
6	0.670		
3			
16		0.773	
12		0.741	
23		0.726	

Tableau 3 (suite)

5		0.726	
2		0.716	
1		0.701	
11		0.699	
9		0.691	
28		0.668	
15		0.649	
26		0.581	
20		0.526	
13		0.498	
24		0.456	
4		0.409	
35			0.833
31			0.823
32			0.759
33			0.739
34			0.628
Valeur propre	9.56	6.75	3.16
% de variance	27.3	19.3	9.0
Alpha de Crombach	0.96	0.905	0.84

Seuls les poids supérieurs à .40 apparaissent dans le tableau

Tableau 4

Données de référence du QPI

	Population francophone	Population américaine	Victimes d'agression sexuelle
QPI	(N = 226)	(N = 486)	(N = 27)
Moyenne			
totale	68.68*	68.14	90.96
(écart-type)	(20.17)	(18.83)	(19.13)

* Ce chiffre représente le score moyen de l'échantillon composé des étudiants et de la population générale dont les scores moyens sont respectivement de 68.50 (20.88) et de 67.68 (19.06).

Notes d'auteurs

Les auteurs tiennent à remercier France Gilbert et Sophie Desjardins pour leur relecture attentive de cet article.

L'adresse de correspondance est la suivante : André Marchand Ph.D., Université du Québec à Montréal, Département de psychologie, C.P. 8888, Succursale Centre-Ville, Montréal (Québec) H3C 3P8

CHAPITRE 2

IMPACT DU MOMENT DU DÉVOILEMENT DE L'AGRESSION SEXUELLE PERPÉTRÉE PAR UN TIERS SUR CERTAINS ASPECTS AFFECTIFS ET RELATIONNELS DES VICTIMES ADULTES

(ARTICLE 2)

Running head : IMPACT DU MOMENT DU DÉVOILEMENT CHEZ LES VICTIMES

Impact du moment du dévoilement d'une agression sexuelle perpétrée par un tiers sur certains
aspects affectifs et relationnels des victimes adultes

Christiane Khouzam

Université du Québec à Montréal

André Marchand

Université du Québec à Montréal

Centre de recherche Fernand Seguin

Stéphane Guay

Université de Montréal

Centre de recherche Fernand Seguin

Résumé

L'objectif de cette étude consiste à évaluer si, pour la victime d'une agression sexuelle, le moment (précoce ou tardif) du dévoilement d'une agression et la participation ou non du conjoint au processus d'évaluation de l'étude ont un impact sur certains aspects affectifs et relationnels à deux moments distincts, soit au début de l'évaluation et quatre mois plus tard. Toutes les victimes ($N = 27$) sont en relation de couple. L'agression sexuelle est survenue entre un mois et sept ans avant la première rencontre d'évaluation clinique. Vingt-six pour cent des victimes présentent un trouble de stress post-traumatique (TSPT). Pour l'ensemble des résultats obtenus aux divers questionnaires utilisés, les analyses descriptives effectuées indiquent des différences quant aux deux variables indépendantes étudiées, soit le moment du dévoilement et la participation ou non du conjoint au processus d'évaluation. Toutefois, qu'elles aient dévoilés précocement ou non l'agression sexuelle dont elles ont été victimes, toutes les participantes disent avoir reçu davantage de soutien émotionnel avec le temps. De même, les victimes dont les conjoints ne participent pas au processus d'évaluation disent avoir reçu moins d'aide tangible que celles dont les conjoints participent. Que le conjoint participe ou non, les victimes affirment que ce dernier manifestait un comportement « égocentrique », mais elles indiquent également recevoir davantage de soutien émotionnel de sa part avec le temps.

Mots clés : dévoilement, victimes d'agression sexuelle, couple, TSPT, peur de l'intimité, connaissance du soutien social et du comportement de soutien social, réaction sociale, dépression, satisfaction sexuelle et conjugale.

Abstract

This study examines if the timing of disclosure (early or late) of a sexual aggression and if the romantic partner's participation in the study have an impact on relational and affective aspects of the victims at Time 1 (initial interview) and Time 2 (4 months later). The sexual aggression occurred to victims ($N=27$) between 1 month to 7 years prior to the first assessment interview. Twenty-six percent of victims were diagnosed with posttraumatic stress disorder (PTSD). Descriptive analyses indicate a difference between timing of disclosure and romantic partner's participation in the assessment process of the study. All victims indicate that they have received more emotional support with time, whether they have disclose the aggression early or lately. Victims whose romantic partner did not participate in the study reported they have received less tangible help compared to victims whose romantic partner agreed to participate. With the passage of time, whether the romantic partner participated in the study or not, victims indicate that their romantic partner showed an egocentric behavior but also more emotional support.

Keywords: disclosure, victims of sexual aggression, couple, PTSD, fear of intimacy, knowledge of social support and social support behaviors, social reaction, depression, sexual and conjugal satisfaction.

Impact du moment du dévoilement d'une agression sexuelle

perpétrée par un tiers sur certains aspects affectifs et relationnels de la victime adulte

Être une femme adulte victime d'une agression sexuelle perpétrée par un tiers connu ou inconnu et être en relation de couple provoque des bouleversements importants tant au niveau personnel que relationnel. La nature intrusive de l'agression sexuelle semble causer un haut niveau de détresse psychologique (Ulman et Filipas, 2001) incluant la présence de symptômes dépressifs et l'apparition d'une symptomatologie d'un trouble de stress post-traumatique (Ulman, 1996b ; Ulman et Brecklin, 2003 ; Ulman et Filipas, 2001 ; Ulman et Siegel, 1993). L'aspect sexuel de l'agression affecte non seulement l'intégrité physique et psychologique de la victime mais également son aptitude à vivre une relation d'intimité (Thelen, Sherman et Borst, 1998) et à ressentir de la satisfaction sexuelle.

Il semble que l'agression sexuelle à l'âge adulte place la victime qui vit en couple face à une situation d'ambivalence quant au dévoilement de l'événement. Selon Ulman (1996b), dans les heures qui suivent l'agression, les victimes commencent à s'interroger sur la pertinence de dévoiler l'événement à leur entourage. Parmi les éléments qu'elles disent prendre en considération on retrouve le soutien social et la qualité relationnelle avec le conjoint qui peuvent constituer une source importante de réconfort permettant une meilleure adaptation à ce type d'événement incontrôlable et imprévisible et ainsi favoriser un rétablissement plus rapide. Mais elles subodorent aussi le fait que le dévoilement puisse susciter des interactions négatives et affecter la qualité de la relation affective allant jusqu'à provoquer des difficultés conjugales.

On peut donc comprendre aisément que la majorité des victimes qui ont un partenaire hésitent à lui parler de l'événement parce qu'elles craignent de perturber l'équilibre de la relation, voire même d'en provoquer la fin (Ahrens, 2002). La simple évocation de la possibilité

de dévoiler l'événement au conjoint peut être une source d'angoisse (Goodman, Koss et Russo, 1993). Bon nombre de victimes craignent d'être tenues responsables et blâmées pour l'agression. Il est donc clair que les conséquences du dévoilement ne sont pas toujours positives (Ahrens, 2002 ; McAuslan, 1998 ; Ulman, 1996b).

Par ailleurs, les études qui évaluent l'impact de l'agression sexuelle sur les difficultés relationnelles indiquent que les réactions du conjoint à la suite du dévoilement de l'agression sont parmi les facteurs qui peuvent influencer négativement l'état psychologique de la victime en provoquant une recrudescence des symptômes psychologiques, la perception d'un pauvre soutien allant jusqu'à son absence, des interactions négatives, un rétablissement plus lent et la détérioration de la satisfaction conjugale du couple (Miller, Williams et Bernstein, 1982 ; Moss, Frank et Anderson, 1990). Paradoxalement, nous savons que la qualité et la stabilité de la relation affective, la fréquence et la qualité d'un soutien adéquat sont des facteurs favorisant l'amenuisement de la période de rétablissement (Herman, 1992, Lakey et Cohen, 2000).

Dévoilement, symptômes dépressifs et de TSPT

En dépit de la diminution générale des symptômes de TSPT dans les trois mois suivant l'agression, plus du tiers des victimes d'agression sexuelle répondent aux critères d'un TSPT chronique, même si elles présentent une légère amélioration de leur condition durant le premier mois (Valentiner, Foa, Riggs et Gershuny, 1996). De plus, en concomitance avec la présence des symptômes du TSPT, les réactions négatives du conjoint ont un impact sur le maintien du trouble ou la recrudescence des symptômes, et ce, peu importe le moment où le dévoilement est effectué (Ulman, 1996b ; Ulman et Filipas, 2001). Rappelons enfin que selon l'étude de Zoellner et al. (1999), c'est la qualité du soutien social qui prédit la sévérité du TSPT lorsqu'il est mesuré trois mois après l'événement. L'étendue et la fréquence des symptômes associés au traumatisme

doivent être évalués afin de vérifier si les victimes rencontrent les critères du TSPT. L'entrevue clinique structurée (version DSM- IV) qui sert à évaluer les symptômes actuels du TSPT et l'échelle modifiée des symptômes traumatiques (EMST) serviront à établir le diagnostic d'un TSPT.

L'expérience traumatique est généralement associée à un taux élevé de dépression majeure. Or, en plus des nombreux symptômes liés au TSPT, une des manifestations les plus couramment observées chez les victimes d'agression sexuelle est la présence de symptômes dépressifs (Valentiner et al., 1996). Rappelons que les individus dépressifs ont tendance à attribuer des intentions négatives aux comportements des proches et leurs symptômes dépressifs peuvent causer des conflits interpersonnels qui risquent de provoquer la chronicité de leur état (Guay, Marchand et Billette, 2002). Chez certaines victimes d'agression sexuelle avec un TSPT, on note que certains symptômes dépressifs sont en corrélation positive avec le nombre d'interactions négatives qu'entretiennent les victimes avec divers personnes de leur entourage et avec les critiques négatives que leur adressent les proches (Zoellner, Foa et Bartholomew, 1999). Enfin, il est intéressant de noter que dans une étude citée par Herman (1992), les victimes présentant le moins de symptômes sont celles qui ont rapporté vivre une grande expérience d'intimité avec leur partenaire. Pour toutes ces considérations, il apparaît donc essentiel d'évaluer la sévérité des symptômes dépressifs.

Dévoilement, peur de l'intimité et satisfaction sexuelle

Une étude menée par Thelen et al. (1998) sur la peur de l'intimité chez les victimes d'agression sexuelle qui ont ou n'ont pas dévoilé l'événement indique que l'expérience d'agression provoque chez ces femmes un inconfort en ce qui a trait à toute forme de relations d'intimité. Les victimes ont davantage de difficulté à faire confiance aux autres, ont peur de s'abandonner et

vivent de l'inconfort à l'égard de toute tentative de rapprochement. De plus, elles craignent de communiquer à leur entourage leur expérience d'agression.

Selon Compton et Follette (1998), un traumatisme de nature interpersonnelle comme une agression sexuelle est associé à l'interruption de l'intimité et à l'abandon à l'autre. L'évaluation de la peur de l'intimité apparaît essentielle puisqu'elle permettrait de situer le niveau de rapprochement avec le conjoint tel que perçu par la victime.

L'intimité est associée positivement à la satisfaction sexuelle (Prager, 1995 ; Rubenstein et Shaver, 1982). L'étude de Feldman-Summers, Gordon et Meagher (1979) sur l'impact de l'agression sexuelle sur la satisfaction sexuelle indique que cette dernière décline considérablement après l'événement. Selon Letourneau, Resnick, Kilpatrick, Saunders et Best (1996), le TSPT peut agir comme variable modératrice sur l'insatisfaction sexuelle chez les victimes d'agression sexuelle compte tenu de la présence de peurs spécifiquement reliées à l'aspect sexuel de l'agression et de l'absence de désir et de plaisir lors des relations sexuelles. Dans la seule étude systémique sur l'impact de l'agression sur l'ajustement sexuel et marital, Miller et al. (1982) notent des préoccupations de nature sexuelle et indiquent que les problèmes sexuels sont considérés comme majeurs pour plusieurs couples. Ces conclusions sont appuyées par les études de Becker, Skinner, Abel et Treacy, (1982) ; Becker, Skinner, Abel, Axelrod et Cichon, (1986); et de Moss et al. (1990) qui ont évalué les difficultés sexuelles à court et à long terme consécutives à une agression sexuelle. À notre connaissance, il n'existe pas d'étude ayant évalué la satisfaction sexuelle en lien avec le moment du dévoilement. Compte tenu de la nature sexuelle de l'événement traumatique et de son lien avec l'intimité, l'évaluation de la satisfaction sexuelle prend tout son sens afin de comprendre la perspective des victimes.

Dévoilement, réactions et soutien social

Dévoiler avoir été victime d'une agression sexuelle est un moyen de mobiliser le soutien social espéré (McAuslan, 1998). D'une manière générale, l'agression sexuelle est stigmatisée dans la population en plus d'être entourée de multiples préjugés et mythes, de sorte que son dévoilement est susceptible d'entraîner chez le conjoint des réactions négatives envers sa compagne victime (Davis et Brickman 1996 ; Ulman, 1996c) ou, inversement, de favoriser des comportements de soutien positifs (Ahrens, 2002 ; Campbell, Ahrens, Self, Wasco et Barnes, 2001 ; Ulman et Filipas, 2001). Les études de Miller et al. (1982), de Moss et al. (1990) et de Thornhill et Thornhill (1990) qui ont évalué l'impact de l'agression sexuelle en fonction du statut civil de la victime ainsi que la perception de cette dernière quant à la nature du soutien qu'elle a reçu de son partenaire, indiquent que les victimes qui vivent en couple ont des attentes élevées quant au soutien qu'elles aimeraient recevoir de la part de leur conjoint. Les chercheurs ont aussi constaté que ces femmes vivent des difficultés relationnelles plus importantes que les femmes célibataires. De fait, les expériences d'interactions négatives entre les conjoints sont fréquentes et peuvent entraîner des difficultés d'adaptation chez les victimes allant jusqu'à une recrudescence de leurs symptômes de détresse psychologique (Holmtrom et Burgess, 1979 ; Brookings, McEvoy et Reed, 1994 ; Ulman, 1996c). Cela explique peut-être que, parmi l'entourage, les conjoints soient les derniers informés au sujet de l'agression (Davis, Brickman et Baker, 1991 ; Davis et Brickman, 1996 ; Ulman, 1996c).

Toutefois, les résultats de Campbell et al. (2001) sur l'interprétation que font les victimes des réactions sociales de l'entourage, indiquent que les victimes n'ont pas une vision uniforme de ce qui peut être qualifié de réactions sociales positives ou négatives. La perception de l'impact du soutien semble varier selon l'attitude de la personne à qui la demande de soutien est adressée. De

même, l'interprétation des réactions d'autrui varie selon les attentes de la victime à l'égard du type de soutien qu'elle espère recevoir de l'autre. Une même réaction peut être jugée aidante pour certaines et blessante pour d'autres (Campbell et al., 2001 ; Ulman, 1996c). L'évaluation des réactions positives et négatives est essentielle puisque ces réactions sont associées au soutien social et aux symptômes de TSPT.

Le soutien social dont il est question dans la présente recherche fait référence aux deux composantes (la connaissance de ce qu'est une forme adéquate de soutien et le comportement) du soutien social tel que défini par Johnson, Hobfoll et Zalcberg-Linetzy (1993), soit : la connaissance qu'a la victime du type de soutien qu'il serait souhaitable d'offrir à une personne et, également, la perception du comportement de soutien reçu de son conjoint. Ce type de soutien implique la disponibilité physique et affective de l'autre pour permettre à la victime de parler de l'expérience et de lui offrir du soutien émotionnel et pratique (Joseph, Yule, Williams et Andrews, 1993). Un niveau de soutien social élevé donne lieu à une grande intimité, un dévoilement plus complet et un meilleur rétablissement, alors qu'un faible niveau de soutien est associé à un arrêt du dévoilement, un niveau élevé de détresse et une peur de l'intimité (Ahrens, 2002 ; Kimerling et Calhoun, 1994 ; Ulman et Brecklin, 2003). Le soutien social semble donc avoir un impact important sur les états émotionnels des victimes et sur leurs stratégies de gestion de la détresse (Guay et al., 2002). Évaluer le niveau de connaissance d'un soutien adéquat pour une personne en détresse et un comportement de soutien correspondant est tout à fait nouveau. Cette évaluation permet de situer les connaissances des victimes sur l'identification de ce qui est aidant ou non dans de telles circonstances et ainsi de mieux formuler ses besoins d'aide à son conjoint.

Dévoilement et satisfaction conjugale

La satisfaction conjugale est surtout liée à la capacité de « s'autorévéler » (self disclosure), aspect le plus important de la relation du couple qui fait référence à l'expression émotionnelle et à la communication verbale. Elle est aussi liée à la satisfaction sexuelle et à l'estime de soi (Norton, 1995 ; Salamon, 1993). Les attributions de responsabilité de l'agression sexuelle à la victime affectent la satisfaction conjugale (Moss et al., 1990). De plus, la persistance des symptômes individuels, la constance dans les conflits et les interactions négatives peuvent conduire à l'érosion de la communication, à l'apparition de sentiments d'impuissance et de détresse, ce qui peut induire un sentiment d'être à nouveau agressée et provoquer ainsi la recrudescence des symptômes de TSPT (Moss et al., 1990 ; Parrot, 1991 ; Symond, 1980 ; Ulman et Filipas, 2001). Les résultats de Miller et al. (1982) indiquent que sur l'ensemble des problèmes identifiés chez les couples de son étude, l'interruption dans le processus de communication du couple est la conséquence la plus dommageable de l'agression sexuelle. En lien avec l'événement traumatique et ses conséquences sur les individus et le couple, l'évaluation de la satisfaction conjugale fournit des informations pertinentes sur le niveau global de satisfaction perçu par la victime.

Moment de dévoilement

Le moment du dévoilement qu'il soit précoce ou tardif a un impact sur le soutien social. Toutefois, la disponibilité du soutien est tributaire de la qualité de la relation qui va soit favoriser le rétablissement ou, au contraire, favoriser une recrudescence de la détresse (Brown, 1996 ; Dunkel-Schetter, 1984 ; Ulman, 1996). Selon Ahners (2002), la détresse qu'entraîne généralement une agression sexuelle peut avoir un impact sur la décision de dévoiler ou non l'événement et, le cas échéant, sur le moment du dévoilement. Elle influence le comportement

des victimes dans la façon dont celles-ci entrent en relation avec leur conjoint. Ainsi, celles qui évitent d'être en contact avec les pensées et les émotions liées à l'événement éprouveront plus de difficultés à dévoiler l'événement et, conséquemment, le feront plus tardivement (Ulman, 1999).

Être en mesure de dévoiler un événement traumatique de façon précoce peut aider la victime à assimiler psychologiquement et à résoudre émotionnellement l'expérience. Le temps que prend la victime pour dévoiler l'événement est un facteur prédictif de son rétablissement (Ulman, 1996cb ; McAuslan, 1998 ; Campbell et al., 2001). Celles qui dévoilent l'agression immédiatement après ou dans les jours suivants (dévoilement précoce) reçoivent généralement un meilleur soutien que celles qui la dévoilent plusieurs semaines ou plusieurs années après (dévoilement tardif) (Ulman, 1996cb ; McAuslan, 1998 ; Campbell et al., 2001). Selon le modèle étiologique du TSPT de Joseph, William et Yule, (1997), moins une victime se confie à ses proches, moins elle assimile l'événement et plus elle est susceptible de développer un TSPT.

Participation ou non du conjoint au processus d'évaluation

L'impact de la participation ou non du conjoint au processus d'évaluation sur les variables dépendantes auprès des victimes de l'étude n'a jamais fait l'objet d'un quelconque examen. Cette innovation s'inspire de notre expérience clinique qui nous a permis d'observer que la participation du conjoint à certaines rencontres a favorisé un meilleur rétablissement et l'a souvent accéléré. Pour les victimes de l'étude, la participation des conjoints est une manifestation concrète de la qualité affective et relationnelle qu'ils vivent ensemble. Elle pourrait être liée à une plus grande intimité, un dévoilement plus précoce et une plus grande satisfaction quant à la perception du soutien et à un rétablissement plus rapide que ceux éprouvés par les victimes dont les conjoints ne participent pas au processus d'évaluation. Cet aspect de la participation ou non des conjoints sera évalué a posteriori comme une question de recherche de nature exploratoire.

Synthèse

Il semble qu'un événement non prévisible tel qu'une agression sexuelle ait des effets complexes produisant différents résultats selon les variables à l'étude.

Bien que les facteurs personnels de l'agression soient bien connus, que l'impact du soutien social sur le rétablissement le soit de mieux en mieux, seules les études de Ulman, (2000) et Ulman et Filipas, (2001) ont quantifié le temps écoulé entre l'événement et le dévoilement à partir d'une échelle temporelle allant de immédiatement (1) à plusieurs années (5) sans évaluer les conséquences relationnelles du moment du dévoilement chez les victimes d'agression sexuelle. L'impact de deux moments (précoce ou tardif) du dévoilement l'agression sexuelle perpétrée par un tiers connu ou inconnu du couple sur les variables individuelles comme la présence de symptômes dépressifs et de TSPT et les variables relationnelles comme la peur de l'intimité, la satisfaction sexuelle, les réactions sociales, le soutien social et la satisfaction conjugale n'a jamais été évalué. De plus, l'impact de la participation de certains conjoints sur les variables citées n'a jamais été traité.

Il n'existe pas d'étude qui ait évalué les effets à long terme du moment du dévoilement sur les variables relationnelles.

Objectifs de l'étude

L'objectif de cette étude est d'évaluer si le moment du dévoilement de l'agression sexuelle ébranle certains aspects de l'équilibre affectif et relationnel chez la victime. Deux questions de recherche sont mises de l'avant : 1) Vérifier s'il existe une différence entre le dévoilement précoce ou tardif de l'agression sexuelle des victimes quant à un ensemble de variables dépendantes suivantes: les symptômes dépressifs et de TSPT, la peur de l'intimité, la connaissance d'un soutien adéquat et le comportement de soutien, les réactions sociales, la

satisfaction sexuelle et la satisfaction conjugale. Cette différence, si elle existe, persiste-t-elle dans le temps ? 2) De façon tout à fait exploratoire, vérifier s'il existe une différence entre un groupe de victimes dont les conjoints participent au processus d'évaluation et un autre groupe de victimes dont les conjoints ne participent pas à ce même processus relativement aux variables dépendantes mentionnées précédemment. Cette différence, si elle existe, persiste-t-elle dans le temps ?

Méthodologie

Recrutement des participantes

Le recrutement a duré deux ans. Les participantes ont été recrutées dans trois milieux distincts : (1) à l'Urgence de l'Hôpital Hôtel-Dieu de Montréal, centre désigné qui reçoit les victimes d'agression sexuelle francophones de l'Île de Montréal ($n = 16$) ; (2) auprès de la population générale à l'aide d'annonces dans les médias ($n = 10$) ; (3) auprès de l'organisme Fondation pleins pouvoirs, organisme de formation en prévention de la violence, confiance en soi et autodéfense ($n = 2$). Lors du premier contact téléphonique avec la chercheuse, une entrevue de présélection a été effectuée afin de s'assurer que les participantes répondaient aux critères d'inclusion. Les critères d'inclusion sont les suivants : la victime (homme ou femme) est un adulte âgé d'au moins 18 ans qui vit une relation affective avec son conjoint depuis au moins trois mois. L'agression a été subie à l'âge adulte. Elle a été perpétrée par un tiers connu ou inconnu de la victime et du conjoint. L'agression s'est produite au moins un mois avant la première rencontre d'évaluation de la présente étude.

Vingt-sept femmes victimes d'agression ($n = 27$) par un tiers, de milieux socio-économiques divers ont été retenus. Une des participantes a été exclue de l'étude parce que son nombre d'années de vie commune (26 ans) dépassait largement celui des autres participantes.

Une explication brève de la procédure incluant le cadre et l'orientation du projet de thèse ainsi que la confidentialité des informations recueillies dans l'étude a été fournie aux participantes sélectionnées. Un rendez-vous à l'Université du Québec à Montréal leur a alors été fixé pour les rencontres. La durée de chaque rencontre a été précisée, soit deux heures pour la première (évaluation clinique et passation des questionnaires) et de 30 à 40 minutes pour la seconde (quatre mois après la première) et enfin l'offre monétaire relative à la participation au processus d'évaluation a été présentée.

Échantillon cible

L'échantillon final était composé de 27 femmes victimes d'agression sexuelle. Les participantes étaient toutes des Québécoises caucasiennes. Afin de comparer l'équivalence des participantes relativement au statut civil et au revenu, des tests statistiques ont été utilisés : des tests t pour échantillons indépendants et des tests nonparamétriques Khi-carré. Les résultats indiquent que les deux conditions du moment de dévoilement (précoce ou tardif) ne diffèrent pas de façon significative en ce qui concerne les cinq variables sociodémographiques. L'âge moyen des victimes de l'étude était de 29 ans ; 70% d'entre elles ayant entre 19 ans et 31 ans alors que 30% avaient entre 36 et 44 ans. Trente-sept pour cent détenaient un diplôme d'études secondaires et 63% un diplôme d'études supérieures. Soixante-dix pour cent avaient un revenu personnel se situant entre 5 000\$ et 30 000\$. Soixante-cinq pour cent des victimes de l'étude étaient en relation récente (entre trois mois et trois ans) avec leur conjoint alors que 34% étaient mariées ou en union de fait depuis trois à 7 ans (Tableau 1).

Instruments

Le mode d'évaluation a été réalisé de deux manières distinctes : d'une part, à partir d'une entrevue clinique structurée afin d'évaluer la présence d'un TSPT présent et passé chez les conjoints et, d'autre part, à partir de questionnaires afin de mesurer les autres variables à l'étude.

L'Entrevue clinique structurée est la version française du *Structural Clinical Interview for DSM-IV (SCID)* (version DSM- IV) qui sert à évaluer les symptômes actuels et à établir le diagnostic d'un TSPT. La section sur le TSPT de cet instrument a une consistance interne de $\alpha = .94$ pour la cote totale. Il possède une bonne sensibilité de $\alpha = .81$ et une excellente spécificité $\alpha = .98$. Cet instrument a démontré une bonne stabilité test-retest à $r = .79$ et un coefficient d'accord interjuges satisfaisant (Davidson, Smith et Kudler, 1989).

L'Échelle Modifiée des Symptômes Traumatiques (EMST) traduction et adaptation québécoise du *Modified PTSD Symptoms Scale* (Falsetti, Resnick, Resick et Kilpatrick, 1993) par Stephenson, Brillon, Marchand et Di Blasio (1995), est un instrument de mesure auto-administré permettant d'évaluer la sévérité et la fréquence des symptômes du TSPT selon les critères du DSM-IV. Cet instrument contient 17 items répartis dans les sous-échelles Fréquence et Sévérité. La sévérité du trouble est évaluée selon une échelle d'intensité de cinq points allant de « pas du tout perturbant » à « extrêmement perturbant ». Quant à la fréquence, elle est évaluée sur une échelle d'intensité de quatre points allant de « pas du tout » à « presque toujours ». La version québécoise de ce questionnaire possède de très bons indices de consistance interne pour l'échelle globale ($\alpha = .97$) ainsi que pour les échelles de fréquence $\alpha = .95$ et de sévérité ($\alpha = .95$); (Guay, Marchand, Iucci et Martin 2002). De plus, elle présente un bon indice de stabilité temporelle sur un intervalle de temps de cinq semaines ($r = .71$). Le point de coupure des résultats de l'étude de ce questionnaire est de 50 (Guay et al., 2002). Plus le nombre est élevé, plus la symptomatologie

est sévère. Ce point de coupure a servi de point de comparaison pour les moyennes obtenues dans la présente étude.

L'Inventaire de dépression de Beck (IDB) est la version française du *Beck Depression Inventory* (Beck, Ruch, Shaw et Emery, 1979). Ce questionnaire mesure la présence et l'intensité de 21 symptômes de dépression. Cet instrument a été validé en français par Bourque et Beaudette (1982). Dans la version française, le coefficient de consistance interne est de $\alpha = .82$ et la fidélité test-retest est à $.75$. Les moyennes pour les niveaux de dépression sont les suivants : dépression légère = 10-18, dépression modérée = 19-29. Ces moyennes ont servi de points de comparaison pour les moyennes obtenues dans l'étude actuelle.

Le Questionnaire sur la nature de l'agression élaboré par Khouzam (1995) est inspiré du questionnaire des caractéristiques de l'agression de Brillon (1995) et des statistiques annuelles de la Table de concertation de Montréal en matière de crimes à caractère sexuel. Ce questionnaire de 24 items à choix multiples évalue la nature de la violence interpersonnelle, les circonstances entourant le dévoilement, le moment du dévoilement, la présence de violence de la part du conjoint et enfin, sur la prise en charge et le suivi médical et psychologique.

Le Questionnaire de la peur de l'intimité (*Fear of Intimacy Scale, FIS*) (Descutner et Thelen, 1991) évalue la peur de l'intimité chez les hommes et les femmes. Cette échelle a été traduite et adaptée par Khouzam, Marchand, Brillon et Ouimet (1999). Ce questionnaire de 35 items évalue les sentiments vécus par une personne lors de relations intimes. La version anglaise du FIS possède une bonne consistance interne avec un coefficient $\alpha = .93$, une bonne stabilité test-retest de $.89$ et il a démontré des preuves de validité convergente avec une mesure d'anxiété de trait (corrélation de Pearson $.43$) et discriminante avec une mesure de désirabilité sociale (corrélation de Pearson de $.39$) (Descutner et Thelen, 1991). La version française possède une

bonne consistance interne (coefficient $\alpha = .85$) et une bonne stabilité temporelle obtenue lors d'une passation subséquente (4 à 6 semaines plus tard) avec une corrélation de Pearson de .84. Les moyennes de l'étude de Descutner et Thelen (1991) sont de 78.49, alors que les moyennes de la validation de Leblanc, Khouzam, Marchand et Guay (2004) sont de 68.68. Les moyennes obtenues dans la version anglaise ont servi de points de comparaison pour les moyennes obtenues dans la présente étude.

L'Évaluation de la Satisfaction Sexuelle est un questionnaire composé de 25 items et a été développée par Hudson, Harrison et Crosscup (1981). Il présente une bonne stabilité test-retest de .93 et une excellente consistance interne de $\alpha = .92$. La validité concurrente a été établie par une corrélation significative avec l'échelle de satisfaction maritale de Locke et Wallace (1959). (Hudson, Harrison et Crosscup 1981). Le point de coupure de ce questionnaire a été établi à 33. Plus ce nombre est élevé, plus l'insatisfaction sexuelle est grande. Ce point de coupure sert de point de comparaison pour les moyennes obtenues dans la présente étude.

L'Échelle d'Ajustement Conjugale (Wright et Sabourin, 1985) est la version française du Marital Adjustment Test (Locke et Wallace, 1959) est l'un des instruments de mesure de la satisfaction conjugale les plus utilisés. Il porte sur les principales sources d'accord et désaccord à l'intérieur du couple. Il contient 15 énoncés et une structure factorielle unique. Le score total à vie varie entre 4 à 158 (Freeston et Pléchaty, 1997). Des analyses des qualités psychométriques de la version québécoise de cet instrument ont démontré qu'il possède une très bonne consistance interne pour les hommes et les femmes ($\alpha = .81$ et $.83$ respectivement) ainsi qu'une très bonne fidélité temporelle (intervalle d'un mois) pour les hommes et les femmes ($\alpha = .82$ et $.84$ respectivement) (Freeston et Pléchaty, 1997 ; Léveillée, Julien, Quoibion et Bégin, 1995). Le point de coupure de ce questionnaire a été établi à 100. Plus ce nombre est élevé, plus la

satisfaction conjugale est grande. Ce point de coupure sert de point de comparaison pour les moyennes obtenues dans la présente étude.

Le questionnaire de la Connaissance d'un soutien adéquat et du Comportement de Soutien Social (*Social Support Knowledge and Social Support Behavior*) a été développé par Johnson, Hobfoll et Zalcberg-Linetzy (1993). Cet instrument à deux échelles a été traduit et adapté par Khouzam et Ouimet (2000). La section consacrée à la connaissance d'un soutien adéquat comprend 17 items dont neuf items positifs et huit items négatifs qui mesurent la dichotomie entre la connaissance que peut avoir un individu des attitudes qui aident ou non une personne en détresse. La section sur le comportement de soutien comprend 14 items qui évaluent sur une échelle en cinq points si le comportement de soutien offert correspond à la connaissance du soutien. Pour chaque questionnaire, une version a été adaptée pour chacun des partenaires. Par exemple, une attitude négative dans la version pour la victime telle « Il vous passe le message de ne pas exagérer la situation plus qu'il ne le faut » a sa contrepartie dans la version du conjoint : « Vous lui passez le message de ne pas exagérer la situation plus qu'il ne le faut ». Dans l'étude de Johnson et al. (1993), les moyennes obtenues pour la connaissance d'un soutien adéquat ont été de 35.64, alors que les moyennes obtenues pour le comportement de soutien sont de 52.49 avec une fidélité de l'échelle de .80 Ces moyennes ont servi de points de comparaison pour les moyennes obtenues dans la présente étude.

Le Questionnaire des Réactions Sociales (*Social Reactions Questionnaire*) a été développé par Ulman (2000) et traduit en français par Khouzam, Marchand, Billette et Ouimet (2000). Sur une échelle de cinq points, ce questionnaire est composé de 48 items qui évaluent auprès des victimes d'agression sexuelle une variété de réactions sociales positives et négatives exprimées à l'entourage à la suite du dévoilement de leur agression. Sept types de réactions

sociales ont été identifiés dont deux types de réactions positives 1) l'aide tangible et l'information aidante ; 2) le soutien émotionnel ; cinq types de réactions négatives 1) prendre le contrôle des décisions de la victime ; 2) la blâmer ; 3) la traiter différemment (stigmatiser ses réponses) ; 4) la distraire (par exemple : en lui disant de prendre sa vie en main) ; 5) avoir un comportement égocentrique (la nature du soutien est orientée davantage vers ses propres besoins plutôt que vers les besoins de la victime). Pour chaque membre du couple, une version du questionnaire a été adaptée. Par exemple, un soutien émotionnel dans le questionnaire des victimes tel « Il vous a dit que ce n'était pas de votre faute » a sa contrepartie dans le questionnaire du conjoint « Vous lui avez dit que ce n'était pas de sa faute ». Dans l'étude de Ulman (2000), les moyennes obtenues pour les réactions positives ont été respectivement : aide tangible = 1.10 et soutien émotionnel = 2.29, alors que les moyennes obtenues pour les réactions négatives ont été respectivement : blâme = .86, égocentrisme = 1.14, distraction = 1.24, contrôle = .98 et stigmatisation = .88. Ces moyennes ont servi de points de comparaison pour les moyennes obtenues dans la présente étude. Les caractéristiques psychométriques du test indiquent une bonne fiabilité test-retest, les corrélations de Pearson se situant entre .68 et .77. La validité de convergence des réactions sociales positives et négatives a été obtenue avec d'autres mesures de soutien social (Ulman, 2000).

Procédure d'évaluation

Lors de la première rencontre, la chercheuse s'est présentée à la participante et lui a fourni des explications concernant les objectifs de l'étude, lui a lu le formulaire de consentement et s'est assurée de sa compréhension du contenu avant d'obtenir sa signature (annexe A). En plus de l'évaluation clinique à l'aide du SCID, la chercheuse a complété le questionnaire des données sociodémographiques ainsi que celui contenant des informations concernant la nature de

l'agression. À la suite de cette première étape, les participantes ont eu à remplir sur place les questionnaires auto-administrés.

Étant donné la possibilité que l'entrevue et les questionnaires puissent déclencher chez les participantes des réactions émotives d'intensité variable puisqu'il s'agit de questions extrêmement intimes et très chargées émotivement, des précautions ont été prises. Dès le début de la rencontre, la chercheuse a prévenu les participantes de la possibilité que certaines émotions puissent se manifester et leur a précisé qu'il était important qu'elles les expriment à ce moment-là. Pendant la rencontre d'évaluation clinique, la chercheuse a favorisé un climat de confiance et de soutien afin de permettre aux participantes d'exprimer en toute sincérité leurs pensées, leurs émotions, leurs inquiétudes et leurs peurs. En cours d'entrevue, la chercheuse s'est également assurée de vérifier l'état émotionnel des participantes et leur désir de poursuivre l'entretien. L'entrevue s'est donc déroulée dans un contexte chaleureux et attentif. À la fin des deux premières étapes d'évaluation (temps 1), un rendez-vous a été fixé pour la prochaine rencontre (temps 2), soit quatre mois plus tard afin d'évaluer à nouveau l'état des victimes et de répondre aux mêmes questionnaires auto-administrés. Au terme du processus d'évaluation, une brève rencontre a permis aux participantes de parler de l'impact de leur participation. Certaines victimes ont obtenu des références pour des thérapies individuelles ou de couple. La chercheuse leur a alors remis une rétribution de 100\$ pour leur participation.

Devis de recherche

Le protocole utilisé est un plan factoriel mixte combiné 2 x 2 à deux groupes indépendants et mesures répétées sur la dernière variable. Les deux variables indépendantes sont le moment du dévoilement (précoce ou tardif) et le moment de mesure (lors de la première évaluation et quatre mois plus tard). Les moments de mesure ont été déterminés en fonction des

critères du DSM-IV qui permettent de diagnostiquer la présence d'un TSPT aigu, soit d'un mois à trois mois après l'événement traumatique, et d'un TSPT chronique plus de trois mois après l'événement traumatique. Par conséquent, un des critères d'inclusion est que l'événement traumatique se soit produit au moins un mois avant la première rencontre d'évaluation. Afin de tenir compte des études sur le temps de rétablissement et de son lien avec l'atténuation des symptômes du TSPT, dans la présente étude, les victimes seront réévaluées quatre mois après la première rencontre afin de mesurer l'impact à long terme des aspects négatifs et positifs des variables à l'étude.

Pour les fins de l'étude, les moments du dévoilement ont été déterminés en ne prenant pas en considération le fait que le conjoint soit présent ou non dans la vie de la victime lorsque l'agression sexuelle est survenue. Le dévoilement précoce se définit comme étant (a) un dévoilement qui survient moins d'une semaine après l'événement ou (b) un dévoilement qui survient dans le contexte de la première semaine de fréquentation d'un nouveau conjoint (n = 17). Le dévoilement tardif se définit comme étant le dévoilement de l'événement survenant plus d'un mois après sa survenue (n = 10).

Résultats

Analyses préliminaires

Le tableau 1 présente les informations sur la nature de l'agression sexuelle en fonction du moment du dévoilement. Chez 35% des participantes, l'agression sexuelle est récente (un mois avant la première entrevue d'évaluation), alors que dans 65% des cas, l'agression sexuelle est survenue de six mois à sept ans avant l'entrevue d'évaluation. La majorité des victimes de notre échantillon ont vécu une agression sexuelle complète avec menaces verbales. Lors de l'entrevue clinique, 26% des victimes présentent des symptômes cliniques de TSPT, dont quatre présentent

un TSPT aigu et trois un TSPT chronique. Soixante-quatorze pour cent des victimes ont porté plainte à la police. Quatre-vingt-un pour cent des participantes recevaient ou avaient reçu un traitement thérapeutique au moment de la première rencontre d'évaluation clinique.

En lien avec le moment du dévoilement, le tableau 1 indique que 59% des conjoints étaient dans la vie de la victime au moment de l'événement traumatique. Que le conjoint ait été ou non dans la vie de la victime au moment de l'événement, le taux de dévoilement précoce est de 63% et il est de 37% pour le dévoilement tardif. Lorsqu'on évalue le lien entre le moment du dévoilement et la participation ou non du conjoint, on constate que 67% des victimes dont les conjoints ont participé au processus d'évaluation ont informé ce dernier dans les deux à trois jours suivant l'événement ; les autres le feront plus de six mois à sept ans après. Parmi les conjoints qui étaient présents dans la vie de la victime au moment de l'événement, 33% ont été la première personne informée de l'agression. Afin de comparer l'équivalence des participantes, en ce qui a trait à chacune des deux conditions que sont le dévoilement précoce et tardif, des tests statistiques ont été utilisés ainsi que des tests non paramétriques dont le Khi-carré pour les cinq variables. Les résultats indiquent que les deux conditions ne diffèrent pas de façon significative en ce qui concerne quatre des variables identifiées dans le tableau. Il y a une différence ($p = 0.048$) pour l'item « premières personnes informées » ce qui signifie que pour le dévoilement tardif, les victimes ont dévoilé l'événement exclusivement à une personne de l'entourage plutôt qu'au conjoint.

Insérer Tableau 1

Question de recherche 1

Existe-t-il une différence d'impact entre le dévoilement précoce et le dévoilement tardif de l'agression sexuelle en fonction des réponses liées aux victimes ? Le cas échéant, cette différence persiste-t-elle dans le temps ?

Analyse des résultats

L'analyse descriptive des résultats permet, à l'aide d'un intervalle de confiance de 95%, d'obtenir des indications de l'emplacement des moyennes des victimes dont les cotes excèdent ou sont inférieures aux points de coupure ou bien aux moyennes obtenues lors d'études empiriques auprès de populations similaires ou équivalentes. Ces moyennes ou points de coupure seront qualifiés de « référence » (voir Tableau 2).

Au temps 1, dans l'ensemble, toutes les victimes rapportent des cotes bien inférieures aux moyennes de référence de Johnson et al. (1993) en ce qui a trait à la connaissance d'un soutien adéquat et du comportement de soutien offert par conjoint. De plus, les victimes rapportent des cotes qui dépassent les moyennes de populations similaires concernant la peur de l'intimité et le blâme qu'on leur a attribué. Les moyennes du soutien émotionnel sont plus faibles que les moyennes équivalentes de référence de Ulman (2000). Toutes les victimes présentent des moyennes en deçà des points de coupure pour la satisfaction conjugale.

La comparaison entre la condition du dévoilement précoce et du dévoilement tardif indique une différence concernant l'aide tangible. Les victimes dont le dévoilement est précoce présentent des cotes plus élevées que les points de coupure de populations normales. Les victimes dont le dévoilement est tardif présentent des cotes plus élevées que les points de coupure de populations normales concernant l'insatisfaction sexuelle et les symptômes dépressifs.

 Insérer Tableau 2

Au temps 2, soit quatre mois plus tard, on note que les moyennes demeurent constantes concernant la connaissance d'un soutien adéquat et le comportement de soutien offert par le conjoint, la peur de l'intimité, le blâme reçu et la satisfaction conjugale.

La comparaison entre les conditions indique que l'aide tangible demeure plus élevée pour les victimes dont le dévoilement est précoce que pour les victimes dont le dévoilement est tardif.

Analyses principales

Afin d'évaluer l'impact des moments de dévoilement (précoce ou tardif) concernant les réponses des victimes mesurées par les variables dépendantes, une ANOVA à mesures répétées (2 groupes [précoce ou tardif] X 2 temps de mesure) permet de vérifier s'il y a des différences significatives entre les deux groupes et ce en fonction du passage du temps. Le seuil de signification a été établi à $p < 0.05$ et les tendances ont été établies à $p < 0.15$ (voir Tableau 3).

Les résultats obtenus ne permettent pas d'observer de différence significative entre les groupes, ni d'effet d'interaction, ni de temps (moments de dévoilement X temps) sur les variables dépendantes.

Cette analyse indique toutefois des différences de moyennes près du seuil de signification (tous temps confondus) concernant le blâme reçu et l'aide tangible. Ces différences entre les groupes indiquent que les victimes qui ont dévoilé l'agression de manière précoce rapportent moins de blâme et davantage d'aide tangible que les victimes qui l'ont dévoilée tardivement.

 Insérer Tableau 3

Au temps 2, soit quatre mois plus tard, l'ANOVA à mesures répétées ne permet d'obtenir qu'un seul résultat significatif, soit un effet temps pour la sous-échelle positive (soutien émotionnel) du questionnaire des réactions sociales. Les victimes des deux groupes mentionnent recevoir plus de soutien émotionnel avec le passage du temps, $F(1, 25) = 13.69, p = 0.001$.

De plus, cette analyse indique aussi certaines moyennes près du seuil de signification (tendance). Les résultats des deux groupes indiquent un effet temps concernant l'attitude égocentrique et le contrôle de la part conjoint. Les victimes des deux groupes rapportent qu'avec le temps, les conjoints sont plus égocentriques et plus contrôlants.

Cette analyse permet d'observer des effets d'interaction (moments de dévoilement X temps) qui frôlent le seuil de signification ce qui indique qu'avec le temps, les victimes qui se sont dévoilées précocement vivent plus d'insatisfaction sexuelle, plus de symptômes dépressifs, plus de distraction de la part du conjoint, par contre, ces victimes rapportent moins de connaissance d'un soutien adéquat et moins de blâme. Les victimes qui se sont dévoilées plus tardivement rapportent une baisse de l'insatisfaction sexuelle, moins de symptômes dépressifs et moins de distraction de la part du conjoint, par contre, elles rapportent plus de connaissance d'un soutien adéquat et davantage de blâme.

Question de recherche 2

De façon tout à fait exploratoire, existe-t-il une différence d'impact entre les victimes dont le conjoint participe au processus d'évaluation de la présente étude et les victimes dont le

conjoint ne participe pas au processus d'évaluation en fonction des réponses liées aux victimes ?

Le cas échéant, cette différence persiste-t-elle dans le temps ?

Analyses des résultats

L'analyse descriptive des résultats permet, à l'aide d'un intervalle de confiance de 95%, d'obtenir qu'au temps 1 (voir Tableau 4), dans l'ensemble, toutes les victimes rapportent des cotes bien inférieures aux moyennes de référence en ce qui a trait à la connaissance de soutien et du comportement de soutien offert par conjoint. De plus, les victimes rapportent des cotes qui dépassent les moyennes de populations similaires concernant le blâme reçu. Les moyennes du soutien émotionnel sont plus faibles que les moyennes équivalentes aux populations de référence. Toutefois, les moyennes de l'aide tangible sont plus élevées que les moyennes de référence. La comparaison entre les groupes de participation du conjoint et non-participation du conjoint indique que les victimes dont le conjoint ne participe pas sont plus insatisfaites au point de vue conjugal que celles dont le conjoint participe.

Insérer Tableau 4

Au temps 2, soit quatre mois plus tard, on note que les moyennes demeurent constantes concernant la connaissance d'un soutien adéquat et le comportement de soutien offert par le conjoint, le blâme et le soutien émotionnel.

La comparaison entre les groupes indique que la peur de l'intimité tout comme l'insatisfaction conjugale demeurent plus élevées pour les victimes dont le conjoint ne participe pas que pour celles dont le conjoint participe.

Analyse principale

Une ANOVA à mesures répétées (2 groupes [avec la participation, sans la participation] X 2 temps de mesures) permet de vérifier s'il y a une différence entre les deux groupes (voir tableau 5).

Les résultats indiquent un effet groupe tous temps confondus concernant la peur de l'intimité. Les victimes dont le conjoint ne participe pas au processus d'évaluation obtiennent, d'une part, des cotes plus élevées de peur de l'intimité que les victimes dont les conjoints participent au processus d'évaluation, $F(1, 25) = 5.47, p = 0.03$, et, d'autre part, moins d'aide tangible que celles dont les conjoints participent, soit $F(1, 25) = 5.72, p = 0.03$.

Les résultats indiquent des différences de moyennes près du seuil de signification (tous temps confondus) concernant le blâme reçu, le contrôle exercé par le conjoint, la stigmatisation et la satisfaction conjugale.

Insérer Tableau 5

Au temps 2, soit quatre mois plus tard, l'ANOVA à mesures répétées révèle un effet du temps pour la sous-échelle négative « égocentrisme » et la sous-échelle positive « soutien émotionnel » du questionnaire des réactions sociales. Les victimes des deux groupes notent un comportement égocentrique de la part du conjoint qui augmente au temps 2, $F(1, 25) = 7.50, p = 0.01$. De plus, les victimes des deux groupes disent recevoir plus de soutien émotionnel avec le temps, $F(1, 25) = 16.12, p = 0.005$.

Les résultats permettent d'observer des moyennes près du seuil de signification qui indiquent que les victimes des deux groupes disent vivre plus de contrôle de la part de leur conjoint.

Cette analyse permet d'observer des effets d'interaction (participation ou non du conjoint X temps) qui frôlent le seuil de signification, ce qui indique qu'avec le temps, les victimes dont le conjoint participe présentent une baisse des symptômes de TSPT alors que les victimes dont le conjoint ne participe pas présentent une hausse des symptômes de TSPT.

Discussion

Les résultats de la présente étude confirment partiellement l'impact du moment de dévoilement sur les variables d'intérêt. Seule la sous échelle positive du questionnaire des réactions sociales «soutien émotionnel» donne des résultats significatifs avec le passage du temps. Les victimes disent recevoir davantage de soutien émotionnel avec le temps. De plus, on obtient des données qui frôlent le seuil de signification et qui se situent au-delà des limites incluant les valeurs de référence, et ce, pour toutes les conditions confondues, à savoir la peur de l'intimité, le blâme reçu, la connaissance d'un soutien adéquat et le comportement de soutien ainsi que la satisfaction conjugale. Les victimes présentent plus de peur de l'intimité, plus de blâme et sont plus insatisfaites de leur vie conjugale. Elles présentent une faible connaissance d'un soutien adéquat et d'un comportement de soutien.

La différence entre les conditions permet d'observer que pour les victimes dont le dévoilement est tardif, les moyennes de la satisfaction sexuelle et des symptômes dépressifs et de l'aide tangible sont en deçà des limites incluant les valeurs de référence.

C'est la participation ou non du conjoint au processus d'évaluation qui fait ressortir davantage de données significatives avec le questionnaire de la peur de l'intimité et les sous-échelles « égocentrisme du conjoint », « aide tangible » et « soutien émotionnel » du questionnaire des réactions sociales. De plus, on obtient des données qui frôlent le seuil de signification et qui se situent au-delà des limites incluant les valeurs de référence, et ce, pour toutes les conditions confondues, pour le blâme reçu, la satisfaction conjugale, la connaissance d'un soutien adéquat et le comportement de soutien.

Discussion des résultats des deux questions de recherche de l'étude dans leur ensemble.

Les résultats portant sur la peur de l'intimité indiquent que les victimes dont les conjoints ne participent pas au processus d'évaluation de l'étude rapportent plus de peur de l'intimité que les victimes dont les conjoints participent. Ces résultats sont appuyés par les intervalles de confiance élevés qui dépassent les moyennes de référence. Ils confirment partiellement les résultats de Thelen et al. (1998) qui indiquent que, comparées à un groupe contrôle non clinique, les victimes d'agression sexuelle qu'elles aient ou non dévoilé l'événement, ont plus de difficulté à faire confiance aux autres, ont peur de s'abandonner et vivent de l'inconfort à l'égard de toute forme de rapprochement. Il se peut que les victimes qui ont une peur élevée de l'intimité démontrent également une certaine réserve à exprimer à leur conjoint les pensées et les émotions entourant l'événement (Thelen et al., 1998). Étant donné que la peur de l'intimité est une anxiété de l'individu face aux relations significatives, des études longitudinales permettraient de vérifier la stabilité des cotes sur une période de temps plus étendue que celle de la présente étude. Puisque le concept propose une mesure de trait, une vérification des variations des cotes en fonction du moment du dévoilement et du niveau d'engagement des conjoints pourrait permettre

de mieux préciser les changements de peur de l'intimité en tant que trait stable d'anxiété associée aux relations intimes.

Les résultats de la présente étude indiquent que, globalement, les victimes qui dévoilent précocement leur agression et celles dont les conjoints participent au processus d'évaluation vivent autant de réactions sociales positives que négatives.

Les victimes dont les conjoints participent au processus d'évaluation disent recevoir plus d'aide tangible de leur part que celles dont les conjoints ne participent pas. Ces résultats rejoignent l'étude de Ulman (2000) qui indique que l'aide tangible est élevée surtout chez les victimes agressées par un inconnu et qui dévoilent tôt leur agression. Ce type d'aide, qui est habituellement offert par d'autres sources relationnelles que par l'entourage, a peu d'effet sur la récupération à long terme peut être parce qu'il n'est pas désiré par les victimes parce qu'il ne semble pas alléger l'effet traumatique (Ulman, 1996b). Ce point de vue n'est pas partagé par Kaniasty et Norris (1992) qui indiquent que les victimes de crimes violents, incluant les agressions sexuelles, vivent moins de symptômes dépressifs et de peur si, parallèlement avec le soutien reçu, l'aide tangible est élevée.

Une explication alternative sur la perception des victimes concernant la réception d'une tangible plutôt qu'un soutien émotionnel, pourrait être à l'effet que les hommes étant plus difficilement capables d'offrir de l'aide émotionnelle, les conjoints vont davantage orienter le soutien vers de l'aide tangible. Étant donné que dans l'étude actuelle tous les conjoints sont des hommes, il est difficile de percevoir des différences quant au genre concernant le comportement d'aide.

Quatre mois plus tard, les cotes du soutien émotionnel chez les victimes ayant dévoilé de manière précoce et chez celles dont le conjoint participe augmentent significativement alors

qu'elles demeurent stables pour celles dont le dévoilement a été plus tardif et celles dont les conjoints ne participent pas. Nos résultats vont dans le même sens que ceux obtenus dans l'étude de Sales, Baum et Shore (1984) qui notent l'impact favorable du soutien émotionnel chez les victimes d'agression sexuelle avec le passage du temps. Les résultats obtenus dans la présente étude n'appuient pas ceux de Miller et al. (1982) ni ceux de Golding, Wilsnack et Cooper (2002) qui notent un soutien émotionnel faible de la part des conjoints. Toutefois, davantage que les moments de dévoilement, comme le soulignent Ulman et Filipas (2001), le simple fait de parler abondamment de l'événement avec plusieurs personnes est lié à davantage de réactions sociales positives et peut se révéler particulièrement thérapeutique pour les victimes.

Toutes les victimes, que le conjoint participe ou non, rapportent une hausse significative de l'attitude « égocentrique » de la part du conjoint. Ces données appuient les résultats de l'étude de Davis et al. (1991), mais pas ceux de Ulman (2000). Selon Ulman, ces comportements dits égocentriques de l'entourage, incluant les conjoints, sont rapportés plus fréquemment par les victimes récentes. Ces comportements sont perçus par les victimes comme étant, d'une part, orientés davantage vers leurs propres intérêts et, d'autre part, comme ne répondant pas à leurs besoins personnels à elles. Cette évaluation est le résultat d'une perception subjective de la part des victimes et pourrait témoigner d'un manque de communication entre les membres du couple et/ou d'un manque d'empathie de la part de la victime face aux réactions émotives de son conjoint (Moss et al., 1990). Par exemple, lorsque les conjoints demandent davantage de détails sur l'agression, ceci pourrait être perçu par les victimes comme un moyen de satisfaire leur curiosité et être vécu comme de l'insensibilité blessante et humiliante (Ulman, 2000). L'auteur reconnaît toutefois la faiblesse de cette sous-échelle puisqu'elle peut comporter une large part de subjectivité de la part des répondantes.

D'un point de vue relationnel, il est important d'être prudent dans nos conclusions sur les effets nuisibles des interactions et leurs effets sur l'état des victimes. Ces effets peuvent, selon Fannery (1990), se produire de façon tout à fait involontaire alors que les deux parties sont bien intentionnées. La perception individuelle de soi et de l'autre peuvent influencer l'interprétation des comportements émis et reçus. De plus, les échanges peuvent aussi échouer si les deux membres du couple ne partagent les mêmes valeurs, ni les mêmes objectifs. Enfin, il se peut que le conjoint ne sache pas comment apaiser, soutenir sa partenaire ou qu'il peut être dépassé par la situation.

Il n'existe pas d'étude ayant évalué les effets à long terme des réactions sociales négatives. Des évaluations effectuées de façon longitudinale permettraient d'évaluer de façon plus juste l'impact des moments du dévoilement sur les variables dépendantes de même que l'impact du passage du temps sur ces mêmes variables.

Il n'existe que très peu de ressources pour sensibiliser la victime et les personnes significatives de son entourage sur les conséquences de l'événement et sur la façon d'agir pour l'aider à s'en sortir. Il est donc important d'intervenir auprès des victimes en leur précisant de bien identifier la ou les personnes qu'elles considèrent les plus en mesure d'être réceptives au dévoilement de l'événement. De plus, face à l'évidence des réactions sociales négatives à la suite du dévoilement, il serait important de prévenir les victimes de l'éventualité de réactions négatives de la part de l'entourage et de leur suggérer d'éviter ces réactions lorsqu'elles tentent de recevoir du soutien (Campbell et al., 2001 ; McAuslan, 1998 ; Ulman, 1996c). Il serait également bon d'offrir à la victime de rencontrer le conjoint le plus rapidement possible pour lui permettre de verbaliser sur l'impact de l'agression et de le sensibiliser sur les réactions liées aux réactions de stress aigu (Ahrens, 2002).

En plus des ressources pour les victimes, il est fortement recommandé de mettre sur pied des interventions thérapeutiques de couple ou individuelles impliquant l'intégration du conjoint dans le processus thérapeutique à un moment spécifique du traitement (Andrews, Brewin et Rose, 2003 ; Guay, Billette, St-Jean, Marchand et Mainguy, 2004). Puisque les rares études prenant en considération les effets du passage du temps indiquent que plus le soutien social est présent immédiatement après l'événement, moins les comportements d'évitement sont présents plusieurs mois plus tard (Joseph et al., 1993), il est extrêmement important de sensibiliser les victimes et leurs conjoints à l'égard des réactions et des symptômes à court et à long terme liés à l'agression, de soutenir le couple dans sa démarche de récupération et d'amélioration de la communication le plus rapidement possible.

Il n'existe pas, à notre connaissance, d'étude traitant de l'impact de la participation ou non des conjoints sur les variables à l'étude. Pourtant, ces variables ont permis d'obtenir des données significatives quant à la différence existant entre les groupes en ce qui a trait à la peur de l'intimité et pour certaines sous échelles positives et négatives du questionnaires des réactions sociales. L'impact de l'implication du conjoint dans le processus d'évaluation est donc une avenue tout à fait nouvelle et non documentée qui devrait orienter les recherches à venir.

Certaines limites de la présente étude nécessitent d'être mentionnées. Il est difficile de généraliser nos résultats compte tenu de la faible taille de l'échantillon et du fait que les participantes étaient toutes hétérosexuelles, de sexe féminin et caucasiennes. De plus, on note une trop grande variabilité dans la période de victimisation qui passe de un mois à sept ans, ce qui, par conséquent, ne permet pas de bien cerner l'impact du moment de dévoilement sur les différentes variables. Le fait que certains conjoints étaient présents dans la vie de la victime au moment où l'agression se produisait alors que d'autres le sont après l'événement, n'a

certainement pas le même impact sur certaines variables. Ces deux derniers facteurs devraient donc être contrôlés au moment du recrutement. De plus, il serait intéressant, d'obtenir des informations complémentaires sur les facteurs de l'histoire personnelle de la victime et de ses relations antérieures, durant et après l'événement. Ces données pourraient expliquer, entre autres, le contexte du moment du dévoilement et la perception de la victime face aux réactions du conjoint et à l'égard du soutien social attendu.

En conclusion

Les victimes d'une agression sexuelle de l'étude ont à gérer non seulement leurs propres réactions face à cette agression et ses conséquences, elles vivent aussi des interactions négatives et certaines d'entre elles doivent en plus composer avec l'attitude non soutenante de leur conjoint (Shimp, 2000).

Dans la présente étude, les moments du dévoilement et la participation ou non des conjoints au processus d'évaluation ont permis de constater une augmentation du soutien émotionnel avec le temps. La participation ou non du conjoint a permis de confirmer la présence de peur de l'intimité surtout chez les victimes dont les conjoints ne participent pas. Le dévoilement a suscité autant de réactions positives que négatives de la part des conjoints. À cet égard, même si certaines variables comme les symptômes dépressifs et de TSPT ainsi que l'insatisfaction sexuelle ne sont pas statistiquement significatives, elles conduisent tout de même à des niveaux plus élevés que les moyennes ou que les points de coupure dans des études similaires. Considérant le fait que plusieurs résultats frôlent le seuil de signification, la poursuite de l'étude incluant un plus grand nombre de participantes permettrait d'obtenir des différences statistiquement significatives et une meilleure validité externe. De plus, certaines variables comme les caractéristiques de l'agression, la nature du lien entre la victime et l'agresseur, les

données sociodémographiques pourraient enrichir nos connaissances quant à leur impact sur les variables à l'étude.

Références

- Ahrens, C. E. (2002). *Silent and Silenced : The disclosure and non-disclosure of sexual assault. A thesis submitted in the graduate college of the University of Illinois*. In partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of philosophy in psychology. University of Chicago.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*, 4e ed. Washington, DC: Author.
- Andrews, B., Brewin, C. R. et Rose, S. (2003). Gender, social support and PTSD in victims of violent crime. *Journal of traumatic Stress*, 16, 4, 421-427.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. et Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Becker, J. V., Skinner, L. J., Abel, G. G., Axelrod, R. et Cichon, J. (1986). Sexual problems of sexual assault survivors. *Women and Health*, 9, 4, 5-20.
- Becker, J. V., Skinner, L. J.; Abel, G. G. et Treacy, E. C. (1982). Incidence and type of sexual dysfunctions in rape and incest victims. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 8, 1-73.
- Bourque, P. et Beaudette, D. (1982). Étude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 14, 211-218.

- Brillon, P. (1995). *Questionnaire des caractéristiques de l'agression*. Questionnaire non publié, Université du Québec à Montréal.
- Broman, C. L., Riba, M. L. et Trahan, M. R. (1996). Traumatic events and marital well-being. *Journal of Marriage and the Family*, 58, 908-916.
- Brookings, J. B., McEvoy, A. W. et Reed, M. (1994). Sexual assault recovery and male significant others. *Families in Society: the journal of contemporary human services*, 295-299.
- Brown, E. J. (1996). Self-disclosure, social anxiety and symptomatology in rape victims-survivors: the effects of cognitive and emotional processing. *A dissertation submitted to the university at Albany, State university of New York*. In partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of philosophy. College of Art & Sciences, Department of Psychology.
- Campbell, R., Ahern, C. E., Self, T., Wasco, S. M. et Barnes, H. E. (2001). Social reactions to rape victims: Healing and hurtful effects on psychological and physical outcomes. *Violence and Victims*, 16, 3, 287-302.
- Davidson, J. R. T., Smith, R. D. et Kudler, H. S. (1989). Validity and reliability of the DSM-III criteria for posttraumatic stress disorder: Experience with a structured interview (SI-PTSD). *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 336-341.

- Davis, R. C. et Brickman, E. (1996). Supportive and unsupportive aspects of the behavior of others toward victims of sexual and nonsexual assault. *Journal of Interpersonal Violence*, 11, 2, 250-262.
- Davis, R. C., Brickman, E. et Baker, T. (1991). Supportive and unsupportive responses of others to rape victims: effects on concurrent victim's adjustment. *American Journal of Community Psychology*, 19, 3, 443-451.
- Descutner, C. J. et Thelen, M. H. (1991). Development and validation of a fear of intimacy scale. *Psychology Assessment: A journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 2, 218-225.
- Dunkel-Schetter, C. (1984). Social support and cancer: Findings based on patients interviews and their implications. *Journal of Social Issues*, 40, 77-98.
- Falsetti, S. A., Resnick, H. S., Resick, P.A. et Kilpatrick, D. G. (1993). The Modified PTSD Symptoms Scale: a brief self-report measure of PTSD. *Behavior Therapist*, 16, 161-162.
- Feldman-Summers, S., Gordon, P. E. et Meagher, J. R. (1979). The impact of rape on sexual satisfaction. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 1, 101-105.
- Freeston, M. H. et Pléchaty, M. (1997). Reconsideration of the Locke-Wallace Marital Adjustment Test: Is it still relevant for the 1990's? *Psychological Reports*, 81, 419-434.
- Golding, J. M., Wilsnack, S. C. et Cooper, M. L. (2002). Sexual assault history and social support: Six general population studies. *Journal of traumatic stress*, 15, 3, 187-197.

- Goodman, L. A., Koss, M. P. et Russo, N. F. (1993). Violence against women: physical and mental health effects. Part I: research findings. *Applied and Preventive Psychology*, 2, 79-89.
- Guay, S., Billette, V., St-Jean-Trudel, E., Marchand, A. et Mainguy, N. (2004). Thérapie de couple et trouble de stress post-traumatique. *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 4, 81-88.
- Guay, S., Marchand, A., Iucci, S. et Martin, A. (2002). Validation de la version québécoise de l'Échelle modifiée des symptômes du trouble de stress post-traumatique auprès d'un échantillon clinique. *Revue Québécoise de Psychologie*, 23, 257-269.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma recovery*. New York: Basic Books
- Holmstrom, L. L. et Burgess, A. W. (1979). A rape: the husband's and boyfriend's initial reaction. *Family Coordinator*, 28, 321-330.
- Hudson, W. W., Harrison, D. F. et Crosscup, P. C. (1981). A short-form scale to measure sexual discord in dyadic relationship. *Journal of Sex Research*, 17, 2, 157-174.
- Johnson, R. Hobfoll, S. E. et Zalcberg-Linetzy, A. (1993). Social support knowledge and behavior and relational intimacy: a dyadic study. *Journal of Family Psychology*, 6, 3, 266-277.
- Joseph, S., Yule, W. Williams, R. et Andrews, B. (1993). Crisis support in the aftermath of disaster: a longitudinal perspective. *British Journal of Clinical Psychology*, 32, 177-185.

- Kaniasty, K. et Norris, H. F. (1992). Social support and victims of crime: Matching event, support and outcome. *American Journal of Community Psychology*, 20, 2, 211-235.
- Khouzam, C. (1995). *Questionnaire sur la nature de l'agression sexuelle*. Questionnaire non publié, Université du Québec à Montréal.
- Khouzam, C., Marchand, A., Billette, V. et Ouimet, J. (2000). *Le Questionnaire des Réactions Sociales*, traduction et adaptation du *Social Reactions Questionnaire*. Questionnaire non publié, Université du Québec à Montréal.
- Khouzam, C., Marchand, A., Brillon, B. et Ouimet, J. (1999). *Le Questionnaire de la peur de l'intimité*, traduction et adaptation du *Fear of Intimacy Scale (FIS)* élaboré par Descutner et Thelen, (1991). Questionnaire non publié, Université du Québec à Montréal.
- Khouzam, C. et Ouimet, J. (2000). *Le questionnaire de la Connaissance d'un soutien adéquat et du Comportement de Soutien Social* traduction et adaptation du *Social Support Knowledge and Social Support Behavior*. Questionnaire non publié, Université du Québec à Montréal.
- Leblanc, G., Khouzam, C., Marchand, A. et Guay, S. (2004). *Validation canadienne-française du Questionnaire sur la Peur de l'Intimité*. Manuscrit soumis pour publication.
- Léveillé, S. Julien, D., Quoidion, C. et Bégin, J. (1995). Conflits conjugaux : analyse des échanges entre conjoints et leurs aidants naturels. *Science et Comportement*, 24, 1, 67-83.
- Locke, H. J. et Wallace, K. M. (1959). Short marital adjustment and prediction test: their reliability and validity. *Marriage and Family Living*, 21, 251-255.

- Kimberling, R. et Calhoun, K. S. (1994). Somatic symptoms, social support and treatment seeking among sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 2, 333-340.
- Letourneau, E. J., Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Saunders, B. E. et Best, C. L. (1996). Comorbidity of sexual problems and posttraumatic stress disorder in female crime victims. *Behavior Therapy*, 27, 321-336.
- McAuslan, P. (1998). After sexual assault: the relationship between women's disclosure, reactions of others, and health. *A dissertation submitted to the graduate school of Wayne State university*. In partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of philosophy. Detroit, Michigan.
- Miller, W. R., Williams, A. M. et Bernstein, M. H. (1982), The effects of rape on marital and sexual adjustment. *The American Journal of Family Therapy*, 10, 51-58.
- Moss, M., Frank, E. et Anderson, B. (1990). The effects of marital status and partner support on rape trauma. *American Journal of Orthopsychiatry*, 60, 379-391.
- Norton, H. S. (1995). Intimacy and relationship satisfaction in heterosexual, gay male and lesbian couples. *A dissertation submitted to the Massachusetts school of professional psychology graduate board*. In partial fulfillment of the requirement for the degree doctor of philosophy. Massachusetts.

- Parrot, A. (1991). Medical community response to acquaintance rape: recommendations In L. Bechhofer & A. Parrot (Eds.). *Acquaintance rape: the hidden victim*, pp.304-316. New York:Wiley.
- Prager, K. J.(1995). *The psychology of intimacy*. New York: Guilford Press.
- Rubenstein, C. M. et Shaver, P. (1982). *In search of intimacy*. NY Delacorte Press.
- Salamon, A. (1993). Intimacy, spouse perception, and marital satisfaction. *A dissertation submitted presented to the graduate school of the University of Florida*. In partial fulfillment of the requirements for the degree doctor of philosophy. University of Florida.
- Sales, E., Baum, M. et Shore, B. (1984). Victim readjustment following assault. *Journal of Social Issues*, 40, 17-36.
- Sherman, M. D. et Thelen, M. H. (1996). Fear of intimacy scale: validation and extension with adolescents. *Journal of Social and Personal Relationship*. 13, 4 504-521.
- Shimp, L. N. (2000). A model of sexual assault acknowledgment: Blame, social support, posttraumatic stress and posttraumatic growth. *A thesis submitted to the college of graduate studies and research*. In partial partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy. University of Saskatchewan.
- Stephenson, R., Brillon, P., Marchand, A et Di Blasio, L. (1995). *Traduction du Modified PTSD Symptom Scale-Self Report*. Université du Québec à Montréal, Québec, Canada.
- Symond, M. (1980 Special issues). The "second injury" to victims. *Evaluation and Change*, pp.36-38.

- Thelen, M. H., Sherman, M. D. et Borst, T. S. (1998). Fear of intimacy and attachment among rape survivors. *Behavior Modification*, 22, 108-116.
- Thornhill, N. et Thornhill, R. (1990). An evolutionary analysis of psychological pain following rape: 1, the effects of victim's age and marital statut. *Ethology and Sociobiology*, 11, 155-176.
- Ulman, S. E. (1996b). Social reactions, coping strategies, and self-blame attributions in adjustment to sexual assault. *Psychology of Women Quarterly*, 20, 505-526.
- Ulman, S. E. (1996c). Do social reactions to sexual assault victims vary by support provider? *Violence and Victims*, 11, 143-157.
- Ulman, S. E. (2000). Psychometric characteristics of the Social Reactions Questionnaire: A measure of reactions to sexual assault victims. *Psychology of Women Quarterly*, 24, 169-183
- Ulman, S. E., et Brecklin, L. R. (2003). Sexual assault history and health-related outcomes in a national sample of women. *Psychology of Women Quarterly*, 27, 46-57.
- Ulman, S. E., et Filipas, H. H. (2001). Predictors of PTSD symptom severity and social reactions in sexual assaults victims. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 369-389.
- Ulman, S. E., et Siegel, J. M. (1993). Victim-offender relationship and sexual assault. *Violence and Victims*, 8, 121-134.

Valentiner, D. P., Foa, E. B., Riggs, D. S. et Gershuny, B. S. (1996). Coping strategies and posttraumatic stress disorder in female victims of sexual and nonsexual assault. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 455-458.

Tableau 1

Informations sur la nature de l'agression des victimes en fonction du moment du dévoilement

Nature de l'agression	Condition d'évaluation		
	Dévoilement précoce	Dévoilement tardif	P
Victimes	N = 17	N = 10	
Type d'agression			
Par connaissance	59%	70%	.15
Par étranger	41%	30%	
TSPT			
Présence	24%	30%	.80
Présence du conjoint			
Première relation	71%	40%	.12
Deuxième relation	29%	60%	
Déclaration à la police	82%	60%	.20
Premières personnes informées			
Entourage (père, mère, amie)	47%	100%	.005
Conjoints	53%	0%	

Note : Temps de dévoilement : précoce = immédiatement à 1 semaine ; tardif = 1 mois à 7 ans

P = Test exact de Fisher.

Tableau 2

Intervalle de confiance à 95% dont les moyennes des victimes du moment de dévoilement (précoce ou tardif) excèdent ou sont inférieurs aux points de coupures ou aux moyennes des études de référence, aux deux temps de mesure

Variables	Dévoilement précoce			Dévoilement tardif	
	Moyennes et Points de coupure	Temps 1	Temps 2	Temps 1	Temps 2
EMST	50 ^{ac}	[44.14; 59.02]	[39.39; 54.85]	[47.49; 62.72]	[42.29; 62.99]
QPI	78.49 ^{bc}	[81.04; 96.60]*	[78.7; 95.54] *	[88.39; 101.07] *	[87.47; 107.43] *
QCS	35.64 ^{bd}	[11.8; 13.26] *	[10.85; 12.91] *	[11.76; 13.52] *	[12.21; 15.07] *
CS	52.49 ^{bd}	[1.44; 7.3] *	[2.04; 7.46] *	[-1.55; 2.67] *	[-0.22; 4.22] *
EAC	100 ^{ad}	[77.6; 98.76] *	[73.13; 96.99] *	[63.4; 88.24] *	[55.24; 81.84] *
ESS	33 ^{ac}	[27.13; 42.87]	[28.5; 47.62]	[39.45; 53.45]*	[33.88; 51.20] *
IDB	19-29	[15.56; 24.32]	[16.79; 25.79]	[20.65; 29.35] *	[13.61; 22.57]

Tableau 2 (suite)

Variables	Dévoilement précoce			Dévoilement tardif	
		Temps 1	Temps 2	Temps 1	Temps 2
SRQ					
blâme	.86 _{bc}	[1.16; 1.72] *	[.91; 1.63] *	[1.33; 1.95] *	[2.16; 2.76] *
égocentrisme	1.14 _{bc}	[.75; 1.15]	[.98; 1.54]	[.7; 1.26]	[.85; 1.27]
distraktion	1.24 _{bc}	[1.01; 1.47]	[1.14; 1.64]	[.99; 1.89]	[.89; 1.61]
contrôle	.98 _{bc}	[.76; 1.22]	[.92; 1.50]	[.61; 1.33]	[.77; 1.49]
stigmatisation	.88 _{bc}	[.43; 1.03]	[.52; 1.28]	[.87; 1.73]	[.73; 1.71]
aide tangible	1.10 _{be}	[1.67; 2.47] *	[1.72; 2.54] *	[1.02; 1.58]	[1.11; 1.80]
soutien émotionnel	2.29 _{be}	[.76 ; 1.22] *	[1.92 ; 2.84]	[.61 ; 1.33] *	[1.4 ; 2.30]

Note : Dévoilement précoce N = 17 victimes ; Dévoilement tardif N = 10 victimes ; * = n'inclut pas la valeur de référence.

a = point de coupure ; b = moyennes ; c = valeurs plus élevé indique problèmes ; d = valeurs plus bas indique problèmes ; e = valeurs plus élevé indique satisfaction

EMST = Échelle modifiée des symptômes du trouble de stress post traumatique ; QPI = Peur de l'intimité ; QCS = Questionnaire sur la connaissance d'un soutien adéquat ;

CS = Questionnaire sur le comportement de soutien ; SRQ = Questionnaires des réactions sociales [sous échelles négatives Réaction Sociale blâme ; égocentrisme ;

distraktion ; contrôle ; stigmatisation ; sous échelles positives Réaction sociale aide tangible ; soutien émotionnel] ; EAC = Satisfaction conjugale ; ESS = Satisfaction sexuelle ;

IDB = inventaire de dépression de Beck = dépression modérée = 19-29 ;

Tableau 3

Scores moyens et écarts types des victimes selon le moment de dévoilement au temps 1 et au temps 2.

Variables	Dévoilement précoce		Dévoilement tardif		p
	Temps 1	Temps 2	Temps 1	Temps 2	
EMST	51.58 (19.35)	47.12 (20.11)	55.09 (19.86)	52.64 (26.94)	
QPI	88.82 (20.25)	87.12 (21.91)	94.73 (16.5)	97.45 (25.95)	
QCS	12.53 (1.91)	11.88 (2.67)	12.64 (2.29)	13.64 (1.43)	+++
CS	4.37 (7.63)	4.75 (7.06)	.56 (5.48)	2.00 (5.79)	
EAC	88.18 (27.53)	85.06 (31.04)	75.82 (32.33)	68.54 (34.60)	
ESS	35.00 (20.47)	38.06 (24.88)	46.45 (18.22)	42.54 (22.54)	+++
IDB	19.94 (11.40)	21.29 (11.70)	25.00 (11.32)	18.09 (11.65)	+++

Tableau 3 (suite)

Variables	Dévoilement précoce		Dévoilement tardif		p
	Temps 1	Temps 2	Temps 1	Temps 2	
SRQ					
blâme	1.44 (.74)	1.27 (.95)	1.64 (.80)	2.16 (1.56)	+, +++
égocentrisme	.95 (.51)	1.26 (.72)	.98 (.74)	1.06 (.54)	++
distraktion	1.24 (.61)	1.39 (.66)	1.44 (1.16)	1.25 (.93)	+++
contrôle	.99 (.61)	1.21 (.75)	.97 (.93)	1.13 (.93)	++
stigmatisation	.73 (.79)	.90 (1.00)	1.30 (1.12)	1.22 (1.28)	
aide tangible	2.07 (1.03)	2.13 (1.08)	1.30 (.74)	1.46 (.90)	+
Soutien émotionnel	.99 (.61)	2.38 (1.21)	.97 (.93)	1.85 (1.18)	**

Note : dévoilement précoce N = 17 victimes ; dévoilement tardif N = 10 victimes

p < 0,05. * = effet groupe, ** = effet temps ; Tendances = p > .05 et p < .15, + = effet groupe, ++ = effet temps, +++ = effet d'interaction.

EMST = Échelle modifiée des symptômes du trouble de stress post traumatique ; QPI = Peur de l'intimité PI ; QCS = Questionnaire sur la connaissance d'un soutien adéquat :

CS = Questionnaire sur le comportement de soutien ; EAC = Satisfaction conjugale ; ESS = Satisfaction sexuelle ; SRQ = Questionnaires des réactions sociales [sous échelles négatives Réaction Sociale blâme ; égocentrisme ; distraction ; contrôle ; stigmatisation ; sous échelles positives Réaction sociale aide tangible ; soutien émotionnel]

IDB = inventaire de dépression de Beck = dépression légère = 10-18 dépression modérée = 19-29

Tableau 4

Intervalles de confiance à 95% dont les moyennes des victimes (conjoints participant ou pas) excèdent ou sont inférieurs aux points de coupures ou aux moyennes des études de référence, aux deux temps de mesure.

Variables	Conjoints participant			Conjoints participant pas		
	Moyennes et Points de coupure	Temps 1	Temps 2	Temps 1	Temps 2	
EMST	50 ^{ac}	[50.85 ; 62.20]	[40.36 ; 53.24]	[37,45 ; 52.55]	[38.21 ; 56.95]	
PI	78.49 ^{bc}	[77.84 ; 91.36]	[73.46 ; 88.80]	[91,77 ; 106,07]*	[91.64 ; 105.86]*	
QCS	35.64 ^{bd}	[11.79 ; 13.67]*	[12.38 ; 13.75]*	[11.75 ; 12.91]*	[10.64 ; 12.86]*	
CS	52.49 ^{bd}	[2.81 ; 6.65]*	[1.48 ; 6.26]*	[- 4.95 ; 3.95]*	[- 4.12 ; 4.95]*	
EAC	100 ^{ad}	[84.14 ; 100.12]	[78.48 ; 97.92]*	[61.70 ; 89.30]*	[81.80 ; 57.36]*	
ESS	33 ^{ac}	[28.71 ; 43.69]	[27.39 ; 43.95]	[33.68 ; 49.82]*	[32.60 ; 52.56]	
IDB	19-29	[16.64 ; 24.02]	[13.12 ; 19.82]	[17.53 ; 27.80]	[17.73 ; 27.43]	

Tableau 4 (suite)

Variables	Conjoints participant			Conjoints participant pas		
	SRQ	Temps 1	Temps 2	Temps 1	Temps 2	
	blâme	.86 _{bc}	[1.01 ; 1.47] *	[1.59 ; 2.21] *	[1.26 ; 2.36] *	
	égocentrisme	1.14 _{bc}	[.67 ; 1.13] *	[.75 ; 1.07] *	[.89 ; 1.35]	
	distraction	1.24 _{bc}	[.87 ; 1.39]	[1.06 ; 1.64]	[1.03 ; 1.69]	
	contrôle	.98 _{bc}	[.51 ; 1.05]	[.90 ; 1.48]	[1.01 ; 1.73] *	
	stigmatisation	.88 _{bc}	[.26 ; .92]	[.76 ; 1.52]	[.86 ; 1.76]	
	aide tangible	1.10 _{be}	[1.80 ; 2.46] *	[.94 ; 1.70]	[1.01 ; 1.85]	
	Soutien émotionnel	2.29 _{be}	[.51 ; 1.05] *	[1.95 ; 2.73] *	[1.5 ; 2.62] *	

Note : Dévoilement précoce N = 15 victimes ; Dévoilement tardif N = 12 victimes ; * = n'inclut pas la valeur de référence.

a = point de coupure ; b = moyennes ; c = valeurs plus élevé indique problèmes ; d = valeurs plus bas indique problèmes ; e = valeurs plus élevé indique satisfaction

EMST = Échelle modifiée des symptômes du trouble de stress post traumatique ; QP1 = Peur de l'intimité ; QCS = Questionnaire sur la connaissance d'un soutien adéquat ;

CS = Questionnaire sur le comportement de soutien ; SRQ = Questionnaires des réactions sociales [sous échelles négatives Réaction Sociale blâme ; égocentrisme ;

distraction ; contrôle ; stigmatisation ; sous échelles positives Réaction sociale aide tangible ; soutien émotionnel] ; EAC = Satisfaction conjugale ; ESS = Satisfaction sexuelle

IDB = inventaire de dépression de Beck = dépression modérée = 19-29.

Tableau 5

Scores moyens et écarts types des victimes dont le conjoint participe ou non au processus d'évaluation au temps 1 et au temps 2.

Variables	Conjoints participant		Conjoints ne participant pas		p
	Temps 1	Temps 2	Temps 1	Temps 2	
EMST	56.53 (14.77)	46.80 (16.75)	45.00 (19.63)	47.58 (24.40)	+++
QPI	84.60 (17.59)	81.13 (19.97)	98.92 (18.61)	98.75 (18.49)	*
QCS	12.73 (2.46)	13.07 (1.79)	12.33 (1.50)	11.75 (2.90)	
QCS	4.73 (5.01)	3.87 (6.21)	-.50 (11.58)	.83 (10.73)	
EAC	92.13 (20.78)	88.20 (25.29)	75.50 (35.91)	69.58 (31.81)	+
ESS	36.20 (19.49)	35.67 (21.55)	41.75 (21.01)	42.58 (25.96)	
IDB	20.33 (9.61)	16.47 (8.72)	22.67 (13.37)	22.58 (12.63)	

Tableau 5 (suite)

Variables	Conjoints participant		Conjoints ne participant pas		p
	Temps 1	Temps 2	Temps 1	Temps 2	
SRQ					
blâme	1.24 (.60)	1.33 (1.05)	1.90 (.80)	1.81 (1.45)	+
égocentrisme	.90 (.61)	1.21 (.73)	.91 (.42)	1.12 (.59)	**
distraktion	1.13 (.69)	1.28 (.73)	1.35 (.75)	1.36 (.85)	
contrôle	.78 (.70)	.95 (.64)	1.19 (.76)	1.37 (.95)	++; ++
stigmatisation	.59 (.830)	.72 (1.00)	1.14 (.01)	1.31 (1.16)	+
aide tangible	2.13 (.87)	2.20 (.90)	1.32 (1.00)	1.43 (1.10)	*
soutien émotionnel	.78 (.700)	2.34 (1.01)	1.19 (.76)	2.06 (1.45)	**

Note: conjoint participe $N = 15$ victimes ; conjoint ne participe pas $N = 12$ victimes ;

$p < .05$. * = effet groupe, ** = effet temps ; Tendances = $p > .05$ et $p < .15$, + = effet groupe, ++ = effet temps, +++ = effet d'interaction.

EMST = Échelle modifiée des symptômes du trouble de stress post traumatique ; QPI = Peur de l'intimité ; QCS = Questionnaire sur la connaissance d'un soutien adéquat ; CS = Questionnaire sur le comportement de soutien ; SRQ = Questionnaires des réactions sociales [sous échelles négatives Réaction Sociale blâme ; égocentrisme ; distraktion ; contrôle ; stigmatisation ; sous échelles positives Réaction sociale aide tangible ; soutien émotionnel] EAC = Satisfaction conjugale ; ESS = Satisfaction sexuelle ; IDB = inventaire de dépression de Beck = dépression légère = 10-18 dépression modérée = 19-29

Notes d'auteurs

La rémunération des participantes a été possible grâce à un fonds de recherche de l'UQAM octroyé au deuxième auteur.

Les auteurs tiennent à remercier France Gilbert pour la relecture attentive de cet article.

L'adresse de correspondance est la suivante : André Marchand Ph.D., Université du Québec à Montréal, Département de psychologie, C.P. 8888, Succ. Centre-Ville, Montréal (Québec) H3C 3P8

CHAPITRE 3

IMPACT DU DÉVOILEMENT DE L'AGRESSION SEXUELLE PERPÉTRÉE PAR UN TIERS, À L'ÂGE ADULTE, SUR CERTAINS ASPECTS AFFECTIFS ET RELATIONNELS CHEZ LES CONJOINTS DES VICTIMES (ARTICLE 3)

Runnig head : IMPACT DU MOMENT DU DÉVOILEMENT CHEZ LES CONJOINTS

Impact du dévoilement de l'agression sexuelle perpétrée par un tiers, à l'âge adulte, sur certains aspects affectifs et relationnels chez les conjoints des victimes

Christiane Khouzam

Université du Québec à Montréal

André Marchand

Université du Québec à Montréal

Centre de recherche Fernand-Seguin

Stéphane Guay

Université de Montréal

Centre de recherche Fernand-Seguin

Résumé

Cette étude évalue si le moment (précoce ou tardif) du dévoilement d'une agression sexuelle perpétrée par un tiers, à l'âge adulte, ébranle certains aspects affectifs et relationnels chez 15 conjoints de victimes. Elle explore l'existence d'un synchronisme entre les réponses des victimes et celles de leurs conjoints. Deux moments d'évaluation ont été prévus, soit lors d'une première rencontre et quatre mois plus tard. L'agression des partenaires s'est produite entre un mois et sept ans avant la première rencontre d'évaluation clinique. Vingt pour cent des conjoints présentent un trouble de stress post-traumatique (TSPT) secondaire au dévoilement. Le dévoilement précoce s'accompagne de davantage de réactions sociales négatives et positives que le dévoilement tardif. Il a également été démontré que la majorité des conjoints ne savent pas comment soutenir efficacement la victime et n'émettent pas les comportements de soutien souhaitables. On note toutefois une augmentation du soutien émotionnel offert avec le passage du temps et ce, que le dévoilement se soit fait de manière précoce ou tardive. Lors du premier moment d'évaluation, on a pu remarquer la présence de synchronisme chez les victimes et leurs conjoints en ce qui a trait à la satisfaction sexuelle et au niveau d'aide tangible reçu ou fourni. On note que ces corrélations perdurent dans le temps ainsi que celles des symptômes dépressifs.

Mots clés : dévoilement, conjoints de victimes d'agression sexuelle, TSPT, peur de l'intimité, connaissance et comportement de soutien social, réactions sociales, dépression, satisfaction sexuelle et conjugale.

Abstract

This study examines if the timing of disclosure (early or late) of a sexual aggression, perpetrated by a third party, at adult age, shatters some affective and relational aspects of 15 victims' romantic partner. The study explores the possibility of synchronicity between the victim's and romantic partner's responses. Participants were evaluated at two times: Time 1 (initial interview) and Time 2 (4 months later). Victimization occurred while the victims were engaged in a relationship of a duration of 1 month to 7 years. Following the disclosure of the sexual aggression, 20% of spouses were diagnosed with secondary Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). The analysis on the impact of the timing of disclosure indicates that an early disclosure is accompanied by more negative and positive reactions from the romantic partner compared to a late disclosure. Results on the knowledge of social support and on support behavior indicate that romantic partner do not know how to adequately support and therefore does not exhibit support behavior. Passage of time shows an interaction of social support behavior. It also indicates an augmentation of emotional support offered in the two groups. The analysis on synchronicity between victim's and romantic partner's variables shows at Time 1 significant links for sexual satisfaction and for tangible help variables. These correlations, as well as those regarding depressive symptoms, persist in time.

Keywords: disclosure, spouses of victims of sexual aggression, PTSD, fear of intimacy, knowledge of social support and social support behaviors, social reactions, depression, sexual and conjugal satisfaction.

Impact du dévoilement d'une agression sexuelle perpétrée par un tiers,

à l'âge adulte, sur certains aspects affectifs et relationnels chez les conjoints des victimes

Prendre connaissance d'une expérience traumatique subie par une personne avec laquelle on a noué des liens affectifs peut constituer une expérience traumatisante. C'est souvent le cas lors du dévoilement d'une agression sexuelle dont sa conjointe a été victime. Dans leur étude sur la réaction du conjoint, Holmstrom et Burgess (1979) identifient chez le partenaire trois formes de difficultés en réaction à l'agression : (1) une difficulté à soutenir la victime parce le conjoint se sent lui-même victimisé par l'agression sexuelle de sa conjointe ; (2) une incapacité à exprimer à sa conjointe ses désirs sexuels de manière adéquate ; (3) une tendance à responsabiliser sa compagne pour l'agression qu'elle a subie. Les plus récentes recherches indiquent qu'à la suite du dévoilement, les conjoints se sentent pris au dépourvu et ne savent pas quelle conduite ils doivent adopter : écouter, réconforter, donner des conseils, fournir des informations pertinentes, ne rien faire, être empathiques, etc. (Moriarty, 2000).

D'un point de vue relationnel, le dévoilement d'une agression sexuelle vécue à l'âge adulte, engage les conjoints dans une relation complexe dans laquelle l'annonce de l'événement devient le premier maillon d'une pénible chaîne d'interactions et d'interventions. La première certitude des conjoints qui apprennent une telle chose est qu'ils doivent prendre soin de la victime et beaucoup pressentent que leur comportement peut influencer l'évolution de leur relation affective ; cela provoque en eux de multiples sentiments dont nous traiterons ici.

Dévoilement et réactions immédiates

Les études qui ont tenté d'évaluer l'impact du dévoilement de l'agression sur le conjoint révèlent qu'immédiatement après l'annonce de l'événement, en raison de la nature intime et sexuelle de l'agression subie, les conjoints sont en état de choc ; ils se blâment et se sentent

coupables de la violation de l'intégrité physique et psychologique de leur partenaire (Bateman et Mendelson, 1989; Foley 1982; Miller, Williams et Bernstein, 1982; Silverman 1978). Ils passent généralement à travers un ensemble de réactions émotives qui se caractérisent par la perception d'une perte de contrôle face à la relation affective (Holmstrom et Burgess, 1979).

Les chercheurs qui ont évalué les réactions des partenaires s'accordent pour dire que ceux-ci passent par les mêmes phases que les victimes mais que la durée de ces phases diffère (Cwik, 1996; Rodkin et Hunt, 1982; Silverman, 1978). Ces dernières ressemblent à celles du syndrome traumatique tel que défini par Holmstrom et Burgess (1979), soit la phase aiguë et celle de la réorganisation. La phase aiguë, qui dure quelques jours, se caractérise par une perte apparente de contrôle. Certains seront bouleversés, leurs préoccupations immédiates oscillant alors entre la frustration, la vengeance, la colère, la rage et le désir que l'agresseur soit châtié (Bateman et Mendelson, 1989 ; Foley, 1982 ; Miller et al., 1982 ; Mio et Foster, 1991; Orzek, 1983 ; Silverman, 1978). La frustration exprimée par le conjoint cache très souvent des sentiments de honte et une perte d'estime de soi (Cwik, 1996 ; Mio et Foster, 1991). Lors de la phase de réorganisation, dont les auteurs ne précisent pas la durée, le partenaire passe par une période d'anxiété, de tension et de désespoir.

Quelques mois plus tard, de nombreux conjoints traversent une période où ils surprotègent leur compagne. Cette période est suivie par l'apparition de symptômes dépressifs, d'anxiété, de tension, de désespoir et est souvent propice à l'émergence de la culpabilité chez le conjoint et à l'apparition de difficultés sexuelles qui peuvent prendre la forme d'un évitement (Becker, Skinner, Abel et Treacy, 1982; Becker, Skinner, Abel, Axelrod et Cichon, 1986; Miller et al., 1982 ; Moss, Frank et Anderson, 1990). Les conjoints fuient également les interactions sociales habituelles et sont moins enclins à parler de l'agression et de son impact que les femmes

qui en sont les victimes (Bateman et Mendelson, 1989 ; Brooking, McEvoy et Reed, 1994 ; Foley, 1982 ; Orzek, 1983). Selon Mitchell (1991), les partenaires ressentent l'impact de l'événement stressant comme s'ils avaient été eux-mêmes victimes et agissent de façon à en réduire ou à en éliminer les conséquences. On peut se demander si ces réactions observées tant à court qu'à long terme chez les conjoints sont les symptômes d'un trouble de stress post-traumatique (TSPT) consécutif au dévoilement de l'agression sexuelle.

Dévoilement, symptômes de TSPT et dépressifs

Parmi les critères diagnostiques du TSPT (American Psychiatric Association, 1994), on cite l'exposition indirecte à un événement traumatique comme le dévoilement de l'agression sexuelle de sa partenaire. Selon le critère A1, l'annonce de l'événement fait prendre conscience au conjoint que l'intégrité de sa compagne a été menacée. La réaction émotionnelle du conjoint en est alors une de peur pour la sécurité de sa compagne, d'impuissance et d'horreur en lien avec la nature de l'événement. De plus, même si l'expérience de violence interpersonnelle n'est pas discutée ouvertement, les personnes qui ont une vie affective avec la victime d'un traumatisme peuvent vivre des symptômes de TSPT uniquement en étant exposées à ses réactions émotionnelles et physiques. Par exemple, lorsqu'ils prennent connaissance ou qu'ils sont témoins des réactions émotives, des images envahissantes, des cauchemars et des pensées intrusives qui envahissent la victime, ils peuvent alors se forger leurs propres images traumatiques de l'événement et vivre conséquemment des symptômes d'activation neurovégétative provoquant notamment de la colère, de l'irritabilité et des troubles du sommeil (Nelson et Wright, 1996). Il est donc justifié de se demander dans quelle mesure le dévoilement du traumatisme primaire vécu par les victimes influence par les effets de son dévoilement, la réaction émotive des conjoints.

Les études de Riggs, Byrne, Weathers et Litz (1998) auprès de vétérans de guerre et de Nelson et Wampler (2000) auprès de couples dont un des membres a été victimisé dans l'enfance nous fournissent des indications des effets d'une situation traumatisante sur les membres d'un couple ; les populations étudiées par les deux études indiquent que lorsque la victime a développé un TSPT à la suite d'un événement traumatique, le conjoint présentera aussi un TSPT. De plus, le couple verra la qualité de sa relation s'appauvrir et subira un déclin de son niveau d'intimité. Sans être explicite, cette hypothèse est aussi soutenue par Miller et al. (1982). Il est possible que cette communicabilité des réactions de stress post-traumatique soit aussi présente entre la victime d'agression sexuelle et son conjoint. Par contre, ce qui ressort de l'étude de Hatfield, (1982) c'est que les hommes et les femmes réagissent et s'impliquent de manière différente lorsque leur conjoint est malade physiquement et/ou psychologiquement, il se peut aussi que le TSPT ne soit pas de même intensité que chez les conjointes de vétérans de guerre.

L'expérience traumatique est associée à un taux élevé de dépression majeure. Associée avec le TSPT, une des manifestations les plus couramment observées chez les victimes d'agression sexuelle est la présence de symptômes dépressifs (Valentiner et al., 1996). Compte tenu que dans le contexte du dévoilement de l'agression, l'expérience traumatique est secondaire, on peut se demander si les symptômes dépressifs seront présents chez les conjoints. D'autre part, les études qui ont évalué les réactions des conjoints à la suite du dévoilement ne mentionnent pas de symptômes dépressifs. Pour ces considérations, il est donc essentiel d'évaluer la présence des symptômes dépressifs.

Dévoilement et peur de l'intimité

Certains événements non prévisibles dans la vie du couple, comme une agression sexuelle, peuvent influencer le niveau d'intimité entre les membres du couple (Stauffer, 1987).

Par exemple, le conjoint qui constate que sa partenaire vit une peur à l'égard de toute forme de proximité et d'abandon peut hésiter et même avoir peur de tout rapprochement par crainte de se faire repousser (Miller et al., 1982). L'absence de dévoilement de soi peut provoquer un plus grand éloignement émotif et peut engendrer une peur de l'intimité (Rodkin et Hunt, 1982).

D'aucuns peuvent se sentir menacés quant à leur performance sexuelle et éviter, pour cette raison, toute forme de rapprochement et d'intimité (Foley 1982; Moss et al., 1990; Silverman 1978).

L'étude de Riggs et al. (1998) indique que les épouses des vétérans qui présentent un TSPT éprouvent moins de satisfaction dans leur vie affective et davantage de peur de l'intimité. L'étude de Nelson et Wampler (2000) auprès de couples dont un des membres a été agressé dans l'enfance indique également la présence d'un niveau restreint d'intimité. La peur de l'intimité n'a jamais été évaluée auprès de conjoints de victimes d'agression sexuelle. En lien avec le moment du dévoilement, Thelen, Sherman et Borst (1998) indiquent que, chez les victimes d'agression sexuelle, ce dernier n'a pas d'impact sur le niveau de peur de l'intimité.

Dévoilement, réaction sociale et soutien

À la suite d'une agression sexuelle, le conjoint devient généralement la principale source de soutien pour la victime (Guay, Billette, St-Jean Trudel, Marchand et Mainguy, 2004).

Toutefois, parmi les différents membres du réseau social, le conjoint est perçu comme étant le moins aidant (Davis et Brickman, 1996). De plus, lorsque le dévoilement se fait quelques heures à quelques jours après l'événement, les conjoints sont habituellement les derniers dans le réseau des victimes à en être informés parce qu'ils sont perçus par elles comme étant les moins « aidants » (Frazier et Burnett, 1994 ; Golding, Siegel, Sorensen, Burnam, Stein, 1989).

Il est vrai que les expériences d'interactions négatives avec les conjoints sont fréquentes (Brookings, McEvoy et Reed, 1994 ; Holmtrom et Burgess, 1979 ; Ulman, 1996c),

particulièrement chez les victimes qui ont été agressées par une connaissance, qui ont fait usage de drogue ou d'alcool lors de l'événement ou pour qui l'agression a occasionné des blessures graves (Ulman, 1999).

Certains hommes à qui une victime confie son agression ne se sentent pas menacés par cet événement et certains peuvent même y répondre avec empathie (Golding et al., 1989, Routhborn, 1997). Contrairement à l'étude de Davis et Brickman, (1996), les études de Routhborn (1997), de Moriarty (2000) et de Ahrens (2002) indiquent que, selon les victimes, les confidents masculins ont été aussi « aidants » que les confidentes féminines. De plus, ces hommes empathiques ont été perçus comme étant plus aptes à offrir une protection physique, comportement apprécié par les victimes. Donc, l'impact du dévoilement n'est pas vécu par les conjoints aussi dramatiquement que certaines victimes le craignent au départ (Ahrens et Campbell, 2000).

Dévoilement et satisfaction sexuelle et conjugale

L'étude de Miller et al. (1982) est la seule à avoir évalué de façon précise l'impact de l'agression sur la relation conjugale. L'étude a interrogé des thérapeutes ainsi que 25 couples ont été interrogés sur les difficultés que rencontrent les couples dont la partenaire a été victime d'agression sexuelle. Ces auteurs indiquent que, dans 83% des cas, les couples ont une communication qualifiée de pauvre, une perte de confiance mutuelle et un manque d'empathie quant à l'état psychologique de l'autre. De plus, dans 46.5% des cas, les conjoints évitent les discussions entourant l'agression.

Moment du dévoilement

Certains facteurs influencent le moment du dévoilement d'une agression sexuelle comme les caractéristiques de l'agression (Ahrens, 2002) et d'autres facteurs relationnels présents avant

l'événement. Dans sa recension des écrits sur le soutien social et le rétablissement à la suite d'une agression sexuelle, Ulman (1999) indique que les conditions qui favorisent un dévoilement précoce sont que la victime croit qu'elle ne sera pas tenue responsable de l'événement, qu'elle porte plainte et que l'agresseur lui soit inconnu. Les victimes qui dévoilent tardivement leur agression connaissent généralement leur assaillant, n'ont pas offert de résistance et ont subi une agression sexuelle complète qui s'est accompagnée de blessures physiques et de détresse psychologique sévère.

Dans la majorité des études, l'impact du moment du dévoilement sur les réactions de l'entourage est souvent une donnée secondaire aux objectifs de l'étude. Seules les études de Ulman, (2000) et de Ulman et Filipas (2001) ont quantifié le temps écoulé entre la survenue de l'événement et son dévoilement à partir d'une échelle temporelle allant de « immédiatement (1) » à « plusieurs années plus tard (5) ». Les résultats de ces deux études indiquent que les moments du dévoilement n'ont pas d'impact sur les réactions sociales engendrées. À notre connaissance, aucune étude n'a mesuré l'impact du moment du dévoilement sur les aspects relationnels dans le couple.

Synthèse

L'impact du dévoilement sur les réactions du conjoint et sur sa capacité de soutenir sa partenaire demeurent ambigus et nécessitent donc une meilleure investigation. La plupart des études effectuées à ce sujet sont de nature descriptive et clinique. Ces approches, bien qu'intéressantes et riches, posent certains problèmes méthodologiques majeurs (peu d'études contrôlées, des échantillons réduits, études qualitatives) ce qui limite la pertinence de leurs conclusions. Les études empiriques sont plus récentes, mais moins nombreuses. Actuellement, il n'existe aucune étude ayant effectué l'évaluation de l'impact du moment du dévoilement chez les

conjoint. L'intrusion subite et violente d'un tiers dans l'espace intime de la victime et du couple semble provoquer une peur de l'intimité chez la victime. Peut-on envisager chez le conjoint l'apparition d'une peur de l'intimité pour des raisons différentes de celles de la victime? La satisfaction conjugale et sexuelle, tout comme le soutien social, pourraient-ils être compromis en raison de l'interdépendance des conjoints ? Comment l'intimité est-elle affectée?

La dimension temporelle est-elle importante dans le processus de guérison ? Quelle importance a-t-elle exactement ?

Objectifs

L'objectif de cette étude est d'évaluer si le moment du dévoilement de l'agression sexuelle ébranle l'équilibre affectif et relationnel du conjoint. Deux questions de recherche sont mises de l'avant : (1) Existe-t-il une différence d'impact entre le dévoilement précoce et le dévoilement tardif en fonction des réponses liées aux conjoints notamment en ce qui concerne les symptômes dépressifs et de TSPT, la peur de l'intimité, la connaissance relative au soutien efficace et le comportement de soutien, les réactions sociales et la satisfaction sexuelle et conjugale ? Cette différence, si elle existe, persiste-t-elle dans le temps ? (2) Existe-t-il un lien entre les réponses de la victime et celles du conjoint en ce qui concerne les variables dépendantes qui viennent tout juste d'être énoncées ? Est-ce que ce lien, s'il existe, persiste dans le temps ?

Méthodologie

Recrutement des participants

Quinze conjoints de victimes d'agression sexuelle ont été recrutés par l'entremise de leur partenaire à partir de trois milieux distincts : (1) l'Urgence de l'Hôpital Hôtel-Dieu de Montréal, centre désigné qui reçoit les victimes d'agression sexuelle francophones de l'Île de Montréal ($n = 8$) ; (2) auprès de la population en général à l'aide d'annonces dans les médias ($n = 5$) ; (3) auprès

de l'organisme *Fondation pleins pouvoirs*, organisme de formation en prévention de la violence, confiance en soi et autodéfense ($n = 2$). Lors du premier contact téléphonique, une entrevue de présélection a été effectuée auprès des victimes afin d'obtenir l'assurance que leurs conjoints désiraient participer au processus d'évaluation et qu'ils répondaient aux critères d'inclusion. Dans le but de conserver la confidentialité des informations obtenues entre les membres du couple, une étudiante au doctorat en psychologie qui connaît bien la problématique des agressions sexuelles et qui est une collaboratrice de la chercheuse principale est entrée en contact téléphonique avec les conjoints pour faire les pré-évaluations. Les critères d'inclusion des conjoints étaient les suivants : être âgé de 18 ans et plus, avoir été informé de l'agression sexuelle de sa compagne, consentir à participer à l'étude, ne pas avoir fait preuve de violence verbale, physique ou sexuelle envers sa conjointe ou toute autre femme.

Une explication brève de la procédure, incluant le cadre et l'orientation du projet de thèse et l'assurance de la préservation de la confidentialité des informations recueillies dans l'étude, a été fournie aux participants sélectionnés. Un rendez-vous à l'Université du Québec à Montréal a alors été fixé pour les rencontres. Les explications relatives à la durée (deux heures) de la première rencontre (évaluation clinique et passation des questionnaires) et de la seconde (30 à 40 minutes), quatre mois plus tard ont été présentées, et enfin, le montant de la rétribution relative à la participation au processus d'évaluation a été fourni.

Échantillon cible

L'échantillon final est composé de quinze hommes, conjoints de victimes d'agression sexuelle. Les participants sont tous des québécois caucasiens et leur moyenne d'âge est de 29 ans avec un écart-type de (9.64) ; 73% d'entre eux ayant entre 19 et 33 ans alors que 27% avaient entre 43 et 62 ans. Soixante-deux pour cent ($n = 9$) possèdent un niveau de scolarité secondaire et

collégial, 19% ($n = 3$) ont un baccalauréat et 19% ($n = 3$) ont une maîtrise ou un doctorat. Cinquante-six pour cent ($n = 8$) ont un revenu personnel qui se situe entre 10, 000\$ et 40,000\$ et 19% ($n = 3$) un revenu personnel de plus de 40,000\$. La durée de vie des couples se situe entre trois mois et 26 ans. Certains conjoints cohabitent avec leurs partenaires ($n = 12$), d'autres non ($n = 3$). Soixante-neuf pour cent des conjoints ($n = 10$) de l'étude sont mariés ou en union de fait et 31% ($n = 5$) vivent une relation récente (entre trois mois et trois ans). Cinquante-trois pour cent des conjoints étaient en couple avec la victime au moment de l'événement, alors que les autres ont connu leur partenaire après l'événement. La violence interpersonnelle vécue par leur partenaire s'est produite entre un mois et sept ans avant la première rencontre d'évaluation clinique.

Instruments

Le mode d'évaluation s'est réalisé de deux façons distinctes : d'une part, à partir d'une entrevue clinique structurée afin d'évaluer la présence d'un TSPT présent et passé chez les conjoints et, d'autre part, à partir de questionnaires afin de mesurer les autres variables à l'étude.

L'Entrevue clinique structurée, version francophone du *Structural Clinical Interview for DSM-IV (SCID)* (version DSM-IV), sert à évaluer les symptômes actuels et passés du TSPT et à établir un diagnostic de TSPT. La section de cet instrument portant sur le TSPT a une consistance interne de $\alpha = .94$ pour la cote totale. Elle possède une bonne sensibilité de $\alpha = .81$ et une excellente spécificité $\alpha = .98$. Cet instrument a démontré une bonne stabilité test-retest à $r = .79$ et un coefficient d'accord interjuges satisfaisant (Davidson, Smith et Kudler, 1989).

L'Échelle Modifiée des Symptômes Traumatiques (EMST) traduction et adaptation québécoise du *Modified PTSD Symptoms Scale* (Falsetti, Resnick, Resick et Kilpatrick, 1993) par Stephenson, Brillion, Marchand et Di Blasio (1995), est un instrument de mesure auto-administré

permettant d'évaluer la sévérité et la fréquence des symptômes du TSPT selon les critères du DSM-IV. Cet instrument contient 17 items répartis dans les sous-échelles Fréquence et Sévérité. La sévérité du trouble est évaluée selon une échelle d'intensité de cinq points allant de « pas du tout perturbant » à « extrêmement perturbant ». Quant à la fréquence, elle est évaluée sur une échelle d'intensité de quatre points allant de « pas du tout » à « presque toujours ». La version québécoise de ce questionnaire possède de très bons indices de consistance interne pour l'échelle globale ($\alpha = .97$) ainsi que pour les échelles de fréquence ($\alpha = .95$) et de sévérité ($\alpha = .95$); (Guay, Marchand, Iucci et Martin 2002). De plus, elle présente un bon indice de stabilité temporelle sur un intervalle de temps de cinq semaines ($r = .71$). Le point de coupure des résultats de l'étude de ce questionnaire est de 50 (Guay et al., 2002). Plus le nombre est élevé, plus la symptomatologie est sévère. Ce point de coupure a servi de point de comparaison pour les moyennes obtenues dans la présente étude.

L'Inventaire de dépression de Beck (IDB) est la version française du *Beck Depression Inventory* de Beck, Ruch, Sahw et Emery (1979). Ce questionnaire mesure la présence et l'intensité de 21 symptômes de dépression. Cet instrument a été validé en français par Bourque et Beaudette (1982). Dans la version française, le coefficient de consistance interne est de $\alpha = .82$ et la fidélité test-retest est à $r = .75$. Les moyennes pour les niveaux de dépression sont les suivants : dépression légère = 10-18, dépression modérée = 19-29, dépression sévère = > 30 Ces moyennes ont servi de points de comparaison pour les moyennes obtenues dans la présente étude.

Le Questionnaire sur la nature de l'agression élaboré par Khouzam (1995) est inspiré du *Questionnaire des caractéristiques de l'agression* de Brillon (1995) et des données issues de la compilation des statistiques annuelles de la Table de concertation de Montréal en matière de

crimes à caractère sexuel. Ce questionnaire de 24 items au choix multiples fournit des informations sur la nature de la victimisation, les circonstances entourant le dévoilement, le temps de dévoilement, la présence de violence de la part du conjoint et, enfin, sur la prise en charge et le suivi médical et psychologique.

Le Questionnaire de la Peur de l'Intimité (*Fear of Intimacy Scale*) conçu par Descutner et Thelen (1991) évalue la peur de l'intimité chez les hommes et les femmes. Cette échelle a été traduite et adaptée par Khouzam, Marchand, Brillon et Ouimet (1999). Ce questionnaire de 35 items évalue les sentiments vécus par une personne lors de relations intimes. La version anglaise du FIS possède une bonne consistance interne avec un coefficient $\alpha = .93$, une stabilité test-retest de $\alpha = .89$ et démontre des preuves de validité convergente avec une mesure d'anxiété de trait (r de Pearson .43) et discriminante avec une mesure de désirabilité sociale (r de Pearson de .39) (Descutner et Thelen, 1991). La version française possède une bonne consistance interne (coefficient $\alpha = .85$) et une bonne stabilité temporelle obtenue lors d'une passation subséquente (4 à 6 semaines plus tard) avec une corrélation de Pearson de .84. La moyenne de l'étude de Descutner et Thelen (1991) est de 78.49 alors que la moyenne de la validation de Leblanc, Khouzam et Marchand (2004) est de 68.68. La moyenne obtenue dans la version anglaise a servi de point de comparaison pour les moyennes obtenues dans la présente étude.

L'Evaluation de la Satisfaction Sexuelle est un questionnaire composé de 25 items et a été développée par Hudson, Harrison et Crosscup (1981). Il présente une bonne stabilité test-retest de .93 et une excellente consistance interne de $\alpha = .92$. La validité concurrente a été établie par une corrélation significative avec l'échelle de satisfaction maritale de Locke et Wallace (1959). (Hudson, Harrison et Crosscup 1981). Le point de coupure de ce questionnaire a été

établi à 33. Plus ce nombre est élevé, plus l'insatisfaction sexuelle est grande. Ce point de coupure sert de point de comparaison pour les moyennes obtenues dans la présente étude.

L'Échelle d'Ajustement Conjugale (Wright et Sabourin, 1985) est la version française du *Marital Adjustment Test* (Locke et Wallace, 1959) est l'un des instruments de mesure de la satisfaction conjugale les plus utilisés. Il porte sur les principales sources d'accord et désaccord à l'intérieur du couple. Il contient 15 énoncés et une structure factorielle unique. Le score total à vie varie entre 4 à 158 (Freeston et Pléchaty, 1997). Des analyses des qualités psychométriques de la version québécoise de cet instrument ont démontré qu'il possède une très bonne consistance interne pour les hommes et les femmes ($\alpha = .81$ et $.83$ respectivement) ainsi qu'une très bonne fidélité temporelle (intervalle d'un mois) pour les hommes et les femmes ($\alpha = .82$ et $.84$ respectivement) (Freeston et Pléchaty, 1997 ; Léveillé, Julien, Quoibion et Bégin, 1995). Le point de coupure de ce questionnaire a été établi à 100. Plus ce nombre est élevé, plus la satisfaction conjugale est grande. Ce point de coupure sert de point de comparaison pour les moyennes obtenues dans la présente étude.

Les Questionnaires de la Connaissance d'un soutien adéquat et du Comportement de Soutien Social (*Social Support Knowledge* et *Social Support Behavior*) ont été développés par Johnson, Hobfoll et Zalcberg-Linetzy, (1993). Ces deux échelles ont été traduites et adaptées par Khouzam, Marchand, Billette et Ouimet (2000). Elles sont composées respectivement de la « connaissance d'un soutien social adéquat » et du « comportement du soutien social ». Le questionnaire de la connaissance d'un soutien adéquat comprend 17 items dont neuf items positifs et huit items négatifs qui mesurent de façon dichotomique la connaissance que peut avoir une personne sur les attitudes qui aident et qui n'aident pas une personne en détresse. Le questionnaire sur le comportement de soutien comprend 14 items qui évaluent sur une échelle de

cinq points si le comportement de soutien offert correspond à la connaissance du soutien. Pour chaque questionnaire, une version a été adaptée pour chaque membre du couple. Par exemple, une attitude négative dans la version pour la victime telle « Il vous passe le message de ne pas exagérer la situation plus qu'il ne le faut » a sa contrepartie dans la version du conjoint : « Vous lui passez le message de ne pas exagérer la situation plus qu'il ne le faut ». Dans l'étude de Johnson et al. (1993), la moyenne obtenue pour « la connaissance d'un soutien adéquat » a été de 35.64, alors que la moyenne obtenue pour « le comportement de soutien » est de 52.49. Ces moyennes ont servi de points de comparaison pour les moyennes obtenues dans la présente étude. Dans l'étude de Johnson et al. (1993), la fidélité de l'échelle est de .80.

Le Questionnaire des Réactions Sociales (*Social Reactions Questionnaire*) a été développé par Ulman (2000) et traduit en français par Khouzam, Marchand, Billette et Ouimet, (2000). Sur une échelle de cinq points, ce questionnaire est composé de 48 items qui évaluent auprès des victimes d'agression sexuelle une variété de réactions sociales positives et négatives exprimées par l'entourage à la suite du dévoilement de leur agression. Sept types de réactions sociales ont été identifiés dont deux types de réactions positives et cinq types de réactions négatives. Les deux réactions positives évaluées sont: 1) l'aide concrète et l'information aidante ; 2) le soutien émotionnel. Les cinq réactions négatives sont : 1) prendre le contrôle des décisions de la victime ; 2) la blâmer ; 3) la traiter différemment (stigmatiser ses réponses) ; 4) la distraire (par exemple : en lui disant de prendre sa vie en main) ; 5) avoir un comportement égocentrique (la nature du soutien est orientée davantage vers ses propres besoins plutôt que vers les besoins de la victime). Pour chaque membre du couple, une version du questionnaire a été adaptée. Par exemple, un soutien émotionnel dans le questionnaire des victimes tel « Il vous a dit que ce n'était pas de votre faute » a sa contrepartie dans le questionnaire du conjoint « Vous lui avez dit

que ce n'était pas de sa faute ». Dans l'étude de Ulman (2000), les moyennes obtenues pour les réactions positives ont été respectivement : aide tangible = 1.10 et soutien émotionnel = 2.29, et les moyennes obtenues pour les réactions négatives ont été respectivement : blâme = .86, égocentrisme = 1.14, distraction = 1.24, contrôle = .98 et stigmatisation = .88. Ces moyennes ont servi de points de comparaison pour les moyennes obtenues dans la présente étude. Dans la version anglophone, les caractéristiques psychométriques du test indiquent une bonne fiabilité test re-test, les corrélations de Pearson se situant entre .68 et .77. La validité de convergence des réactions sociales positives et négatives a été obtenue avec d'autres mesures de soutien social (Ulman, 2000).

Procédure d'évaluation

Lors de la première rencontre, l'évaluatrice s'est présentée aux participants et leur a donné des explications concernant les objectifs de l'étude. Puis, elle leur a lu le formulaire de consentement et s'est assurée de la compréhension de son contenu avant d'obtenir leur signature. En plus de l'évaluation clinique, à l'aide du SCID passé et du SCID présent, l'évaluatrice a recueilli les données sociodémographiques de chacun des participants. À la suite de cette première étape, les participants ont rempli sur place les questionnaires auto-administrés.

L'entrevue d'évaluation s'est faite dans un contexte chaleureux empreint d'écoute et d'empathie. Dès le début de la rencontre, l'évaluatrice a prévenu les participants de la possibilité que certaines émotions émergent et les a informés de l'importance de les exprimer sur le coup. . À la fin des deux premières étapes d'évaluation (temps 1), un rendez-vous a été fixé pour la prochaine rencontre (temps 2) devant avoir lieu quatre mois plus tard et ce, afin de répondre aux mêmes questionnaires. Au terme du processus d'évaluation, une brève rencontre a permis aux

participants de verbaliser sur l'impact de leur participation et à l'évaluatrice de leur remettre une rétribution de 100\$.

Devis de recherche

Le protocole utilisé est un plan factoriel mixte combiné 2 x 2 à deux groupes indépendants et à mesures répétées sur la dernière variable. Les deux variables indépendantes sont le moment du dévoilement (précoce ou tardif) et le moment de mesure (lors de la première évaluation et quatre mois plus tard). Les moments de mesure ont été déterminés en fonction des critères du DSM-IV qui permettent de diagnostiquer la présence d'un TSPT aigu se produisant entre un et trois mois après l'événement traumatique et d'un TSPT chronique se produisant plus de trois mois après cet événement. Par conséquent, un des critères d'inclusion est que l'événement traumatique se soit produit au moins un mois avant la première rencontre d'évaluation. Si on tient compte de l'hypothèse de la communicabilité des symptômes de stress post-traumatique des victimes aux conjoints et des résultats des recherches antérieures sur la similarité des réactions entre les membres du couple découlant du dévoilement de l'agression sexuelle, pouvons-nous imaginer des liens entre les autres variables à l'étude?

Puisqu'il n'existe pas d'étude ayant évalué les effets à long terme du moment du dévoilement sur les variables relationnelles mais que nous souhaitons tenir compte des études sur le temps de rétablissement et l'atténuation des symptômes du TSPT, nous avons choisi de procéder à une réévaluation des conjoints quatre mois après la première rencontre afin de mesurer l'impact à long terme des aspects négatifs et positifs des variables à l'étude.

Pour les fins de l'étude, les « moments du dévoilement » ont été déterminés en ne tenant pas compte du fait que le conjoint était présent ou non dans la vie de la victime au moment où l'agression sexuelle est survenue. Le dévoilement précoce se définit comme étant (a) un

dévoilement qui survient moins d'une semaine après l'événement ou (b) un dévoilement qui survient dans le contexte de la première semaine de fréquentation ($n = 10$). Le dévoilement tardif se définit comme étant le dévoilement de l'événement plus d'un mois après sa survenue ($n = 5$).

Résultats

Analyses préliminaires

Le Tableau 1 présente les informations relatives à certaines caractéristiques concernant la nature de l'agression en lien avec les moments de son dévoilement. Pour ce qui est de la condition du dévoilement précoce, six des sept conjoints, soit 80% des conjoints présents dans la vie de la victime au moment de l'événement, ont été immédiatement informés par les victimes. Ils ont été les premières personnes à qui la victime a dévoilé l'événement. En ce qui concerne le dévoilement tardif ($n = 5$), tous, soit 100% des conjoints, ont été informés plusieurs mois et même plusieurs années après l'événement.

Les résultats de l'entrevue clinique à l'aide du SCID présent et passé indiquent qu'à la suite du dévoilement, trois conjoints présentent un TSPT. Treize pour cent des 15 conjoints de l'étude présentent un TSPT passé consécutif à un événement traumatique antérieur au dévoilement de l'agression sexuelle. À la suite du dévoilement de l'agression sexuelle, malgré la présence d'un TSPT passé, ces derniers ne présentent pas de TSPT présent consécutif au dévoilement de l'événement.

Insérer tableau 1

Question de recherche 1

(1) Existe-t-il une différence d'impact entre le dévoilement précoce et le dévoilement tardif en fonction des réponses liées aux conjoints notamment en ce qui concerne les symptômes dépressifs et de TSPT, la peur de l'intimité, la connaissance d'un soutien adéquat et le comportement de soutien, les réactions sociales, la satisfaction sexuelle et conjugale. Subsidiairement, si cette différence existe, persiste-t-elle dans le temps ?

Analyse des résultats

L'analyse descriptive des résultats permet, à l'aide d'un intervalle de confiance de 95%, d'obtenir des indications sur l'emplacement des moyennes des conjoints dont les cotes sont supérieures ou inférieures aux points de rupture ou bien aux moyennes obtenues lors d'études empiriques auprès de populations similaires ou équivalentes. Ces moyennes ou points de coupure seront qualifiés de « référence ».

Au temps 1 (voir le Tableau 2), les conjoints obtiennent des cotes bien inférieures aux moyennes des populations de référence en ce qui a trait à la connaissance d'un soutien adéquat et au comportement de soutien offert. De plus, les perceptions de blâme chez les conjoints excèdent les moyennes de référence et plus particulièrement dans le groupe dont le dévoilement a été tardif. Les perceptions d'aide tangible offerte par les conjoints des deux groupes excèdent les valeurs de référence. Enfin, les perceptions d'un soutien émotionnel offert par les conjoints des deux conditions sont inférieures aux valeurs de référence.

La comparaison entre le groupe où la conjointe a fait un dévoilement précoce et celui où la conjointe a dévoilé son agression sexuelle plus tardivement indique que les perceptions de réactions égocentriques, de distraction, de contrôle et de stigmatisation des conjoints dans le groupe où le dévoilement s'est fait tardivement sont inférieures aux valeurs de référence.

 Insérer Tableau 2

Au temps 2, soit quatre mois plus tard, on note que les résultats concernant la connaissance d'un soutien adéquat et du comportement de soutien offert par les conjoints dans les deux groupes sont bien inférieurs aux moyennes de référence. Enfin, la perception d'une aide tangible offerte par les deux groupes est plus élevée que les moyennes de référence. Il en est de même pour la perception du soutien émotionnel offert.

La comparaison entre la condition du dévoilement précoce et celle du dévoilement tardif indique que les perceptions de contrôle et de stigmatisation des conjoints pour qui le dévoilement est tardif sont inférieures aux moyennes de référence. De plus, les perceptions de blâme des conjoints dont le dévoilement est tardif dépassent les valeurs de référence.

Analyse principale

Afin d'évaluer l'impact des moments du dévoilement (précoce ou tardif) sur les variables dépendantes, une ANOVA à mesures répétées (2 groupes [précoce ou tardif] X 2 temps de mesure) a été effectuée. Celle-ci permet d'examiner l'existence de différences significatives entre les deux groupes (voir Tableau 3).

Les résultats obtenus ne permettent pas d'observer d'effet d'interaction entre les groupes et le temps pour l'ensemble des variables dépendantes. L'analyse indique cependant un effet du groupe pour certaines échelles négatives et positives des réactions sociales, et ce, tous temps confondus. Lors d'un dévoilement précoce, les conjoints obtiennent des cotes plus élevées aux sous-échelles de « commentaires égocentriques », $F(1,13) = 8.53, p = .01$, de « distraction », $F(1,13) = 5.55, p = .03$ et de « contrôle », $F(1,13) = 5.98, p = .03$ que les conjoints ayant appris

tardivement la survenue de l'agression. De plus, lors d'un dévoilement précoce, les conjoints obtiennent des cotes plus élevées « d'aide tangible », $F(1.13) = 6.34, p = .03$ et de « soutien émotionnel » que les conjoints de l'autre groupe, $F(1.13) = 6.86, p = .02$, tous temps confondus.

Insérer Tableau 3

L'analyse indique également un effet du temps (tous groupes confondus) pour la sous-échelle positive « soutien émotionnel » qui permet d'observer que les conjoints des deux groupes mentionnent offrir moins de soutien émotionnel au temps 1 qu'au temps 2, $F(1.13) = 100, p < .001$. Cette analyse indique aussi un effet d'interaction, $F(1.13) = 9.83, p = .008$, pour le comportement de soutien. Au temps 1, lors d'un dévoilement précoce, les conjoints manifestent significativement moins de comportements de soutien que les conjoints lors d'un dévoilement tardif, $F(1.13) = 5.03, p = .043$. Cet effet n'est pas significatif au temps 2.

Question de recherche 2

Existe-t-il un lien entre les réponses de la victime et celles de son conjoint pour les éléments suivants : symptômes dépressifs et de TSPT, peur de l'intimité, connaissance d'un soutien adéquat et comportement de soutien, réactions sociales, satisfaction sexuelle et conjugale ? Le cas échéant, est-ce que ce lien persiste dans le temps ?

Analyse des résultats

Les résultats concernant la deuxième question de recherche sur l'évaluation du lien entre les réponses des victimes et celles des conjoints s'obtiennent à partir d'une analyse corrélationnelle. Dans la présente recherche, pour être considérée comme valable et statistiquement significative à un seuil de .05, cette corrélation doit se situer au-dessus de .51,

expliquant ainsi 26% de la variance. En effet, pour déclarer une corrélation significative, le seuil critique avec 15 sujets (donc $df = 13$) est fixé à $p < .05$ et la valeur de cette corrélation doit être supérieure ou égale à .51. Les données près du seuil de signification (tendances) ont été établies à $p \leq .15$.

Cette analyse (voir Tableau 4) présente les liens entre les réponses des victimes et celles des conjoints aux temps 1 et 2. Ces liens sont plus nombreux au temps 2, même si certaines relations n'atteignent pas le seuil statistiquement significatif.

Au temps 1, les résultats indiquent une corrélation significative entre certaines réponses des victimes et celles des conjoints en ce qui a trait à la sous-échelle positive « aide tangible » du questionnaire des réactions sociales, $r = .69, p = .004$, et une autre portant sur la satisfaction sexuelle, $r = .68, p = .004$. La perception de la victime relativement à l'aide offerte par le conjoint est en forte relation avec la perception de l'aide donnée par le conjoint. De même, la satisfaction sexuelle exprimée par les victimes est en forte relation avec celle de leur conjoint. De plus, cette analyse indique des liens qui frôlent le seuil de signification entre les réponses des victimes et celles des conjoints concernant la peur de l'intimité, le comportement de soutien et la sous-échelle négative « stigmatisation ». Il semble que les deux membres du couple aient une perception similaire du degré de peur de l'intimité, de la stigmatisation de la victime et du comportement de soutien offert par les conjoints. Les autres réponses ne sont pas corrélées de manière significative et ne tendent pas vers le seuil de signification.

Insérer Tableau 4

Quatre mois plus tard, l'analyse corrélationnelle indique des réponses qui évoluent dans le même sens entre les victimes et leurs conjoints pour les mêmes indicateurs, soit la sous-échelle « aide tangible » du questionnaire sur les réactions sociales, $r = .54, p = .04$, et pour le questionnaire de la satisfaction sexuelle, $r = .69, p = .004$. À cela s'ajoutent les symptômes dépressifs significatifs à $r = .57, p = .02$. Dans les faits, l'humeur des victimes semble en relation avec celle de leur conjoint. Ces analyses indiquent notamment que les mêmes liens se retrouvent aux deux temps de mesure. Elles indiquent également des liens concernant les symptômes de TSPT, l'attitude égocentrique des conjoints, la distraction et enfin le soutien émotionnel. Ces quatre éléments tendent vers le seuil de signification. Enfin, les relations qui existent au temps 1, comme la peur de l'intimité et la stigmatisation de la victime, n'apparaissent plus au temps 2. En somme, les symptômes de TSPT des victimes et des conjoints fluctuent dans le temps de façon similaire. Les perceptions des victimes quant aux réactions dites égocentriques des conjoints et aux tentatives de ceux-ci de les distraire varient également avec les réponses des conjoints aux mêmes indicateurs temporels. Il en va de même pour la perception du soutien émotionnel reçu par les victimes qui est en lien avec la perception du soutien émotionnel offert par les conjoints.

Discussion

En ce qui concerne la première question de recherche, les résultats indiquent que les conjoints dont la partenaire a dévoilé son agression sexuelle de manière précoce sont perturbés par cette annonce, alors que ceux dont le dévoilement s'est fait plus tardivement, blâment davantage, offrent moins d'aide tangible que les conjoints pour qui le dévoilement a été précoce. De plus, les conjoints dont le dévoilement a été précoce manifestent un plus grand nombre de réactions sociales négatives (comportements égocentriques, distraction et contrôle) et de réactions sociales positives (aide tangible et soutien émotionnel) que les autres. Malgré

l'observation de cette différence entre les conditions, les moyennes de certaines réactions des conjoints dont le dévoilement est précoce demeurent dans les limites des valeurs de référence de Ulman (2000).

Tout en étant significativement plus élevée qu'en situation de dévoilement tardif, la perception de soutien émotionnel offert par les conjoints lors du dévoilement précoce demeure faible. Ces résultats appuient ceux de Miller et al. (1982) et de Golding, Wilsnack et Cooper (2002). Ces derniers, qui ont évalué le soutien émotionnel des conjoints de victimes d'agression sexuelle à partir de trois mesures, ne proposent toutefois pas de pistes de réflexion sur les raisons pouvant expliquer ce faible niveau d'implication. Selon ces auteurs, ce constat quant à la faiblesse du soutien émotionnel offert aux victimes est important puisqu'on a toujours pensé qu'il était davantage associé à la santé psychologique que les autres types de soutien. Étant moins confortable avec l'expression des émotions, les conjoints dont la partenaire a dévoilé son agression sexuelle de manière précoce misent davantage sur l'aide tangible, la distraction et le contrôle, ce qui constituerait une manière pragmatique d'affronter la détresse et de répondre aux besoins de sa partenaire.

Lors du dévoilement précoce de l'agression sexuelle, la capacité du conjoint de gérer ses émotions et d'être disponible à sa partenaire est mise à rude épreuve car il est aux prises avec ses propres sentiments (Ahrens et Campbell, 2000 ; Holmstrom et Burgess 1979 ; Mitchell 1991). Les réactions de distraction manifestées par les conjoints lors du dévoilement précoce vont de pair avec certaines études menées antérieurement par Harris (1989) et Mitchel (1991) qui font référence aux comportements d'évitement et d'isolement et qui montrent que les conjoints agissent de façon à réduire ou à éliminer les conséquences de l'événement. Ils ont également tendance à manifester des comportements surprotecteurs en tentant de prendre le contrôle. Ces

résultats appuient les conclusions de plusieurs études répertoriées par Ahrens et Campbell, (2000) et celles de l'étude de Davis et Brickman (1996). Les réactions de contrôle de la part du conjoint sont particulièrement observées, selon Ulman (2000), dans les situations où le dévoilement est précoce. Ces réactions de contrôle pourraient témoigner des craintes que les conjoints ressentent concernant la sécurité de la victime ou encore être la manifestation de sentiments de culpabilité face aux circonstances entourant l'agression (Orzek, 1983). Quant à l'attitude dite égocentrique, les conjoints semblent avoir de la difficulté à gérer leurs sentiments, étant davantage centrés sur leur colère et leur désir de vengeance. Ces résultats appuient ceux de Rodkin et Hunt (1982) et de Miller et al. (1982). Ces réactions négatives peuvent témoigner de l'importance du bouleversement affectif. Ces réactions égocentriques pourraient aussi être la manifestation d'affects anxieux qui, selon Laughrea, Bélanger et Wright (1996), prédominent nettement chez les hommes qui vivent des interactions conflictuelles et particulièrement chez les couples en détresse. Elles peuvent aussi indiquer que ces aidants improvisés n'ont pas les aptitudes requises pour affronter pareilles situations (Cormier et Julien, 1996). Selon Ahrens et Campbell (2000), il faut nuancer l'interprétation que font les victimes de ces réactions dites négatives. Certaines d'entre elles perçoivent, en effet, les tentatives de distraction et les efforts de contrôle comme reflétant les bonnes intentions et le désir d'aider de leur conjoint.

Les résultats au SCID chez 20 % ($n = 3$) des conjoints dont la partenaire a dévoilé son agression de manière précoce indiquent la présence de symptômes de TSPT qui vont d'un extrême à l'autre sur un continuum de sévérité. La prévalence à vie d'une TSPT dans la population en général se situe entre 7% et 10% selon les données tirées de Kessler et al. , (1995) ; Breslau et al., (1991). Comme les cotes obtenues par les trois conjoints au EMST se

situent entre 32 et 37, cela constitue des moyennes en deçà du point de coupure tout en fournissant une cohérence avec le point de coupure clinique du SCID. Il est important de noter que la distribution étant asymétrique entre les trois conjoints et les autres participants, il y a donc biais dans les pourcentages obtenus. Au temps 2, les résultats de ces trois conjoints au EMST demeurent constants. Il est important de noter que les trois conjoints qui présentent des symptômes de TSPT étaient présents dans la vie de la victime au moment où l'événement s'est produit et qu'ils ont été les premières personnes informées de l'événement.

Les deux moments de dévoilement semblent ne pas avoir d'impact sur les symptômes dépressifs, la peur de l'intimité et la satisfaction sexuelle chez les conjoints de victimes d'agression sexuelle. Ces données vont à l'encontre des résultats de l'étude de Nelson et Wampler (2000) voulant que les partenaires de victimes d'abus rapportent davantage de réactions de stress et de difficultés lorsque le dévoilement est récent. Dans la présente étude, le dévoilement peut s'être fait de manière précoce ou tardive, et plusieurs mois ou années peuvent s'être écoulés depuis. Si les mesures avaient été prises tout de suite après l'agression sexuelle, il est fort possible que les résultats aient été les mêmes que ceux obtenus par Nelson et Wampler.

Quatre mois plus tard, les résultats indiquent une augmentation significative du soutien émotionnel, toutes conditions confondues. Nous pouvons supposer qu'à la suite du dévoilement, l'état émotionnel des conjoints et leur capacité de soutenir leur partenaire sont ébranlés dans un premier temps, mais qu'ils se rétablissent par la suite. Quant aux résultats obtenus pour les autres éléments, ils demeurent constants à travers le temps.

La deuxième question de recherche portant sur l'évaluation de la présence de liens entre les réponses des victimes et celles des conjoints trouve ainsi une réponse partielle. En effet, au

temps 1, on observe des convergences significatives entre les réponses des victimes et celles des conjoints pour la satisfaction sexuelle et pour l'aide tangible. La persistance de ces convergences pour les questionnaires de la satisfaction sexuelle et de l'aide tangible s'ajoute celle des symptômes dépressifs.

Au temps 1, des liens semblent ressortir pour les variables «satisfaction sexuelle » et «aide tangible ». La matrice de corrélations concernant la satisfaction sexuelle indique une fidélité entre les résultats des victimes et ceux des conjoints. À notre connaissance, il n'existe pas d'étude ayant traité de cette relation entre les membres du couple. Sans faire référence à la satisfaction sexuelle vécue par les membres du couple les études de Rodkin et Hunt (1982) et de Miller et al. (1982) font mention des préoccupations exprimées par les deux membres du couple sur les aspects de nature sexuelle. L'étude de Feldman-Summers, Gordon et Meagher (1979), portant sur la satisfaction sexuelle, indique une baisse de satisfaction chez les victimes particulièrement pour les activités directement associées à l'agression sexuelle. De plus, Burgess et Holmstrom (1979) indiquent que tout type de stimulation auditive, olfactive ou tactile qui rappelle l'agression provoque une baisse de la satisfaction sexuelle chez la victime. Face aux changements dans les réponses physiologiques et affectives des victimes durant les activités sexuelles, les conjoints pourraient aussi développer des problèmes sexuels et ressentir à leur tour une baisse de la satisfaction sexuelle (Orzeck, 1983).

La présence de liens entre les réponses des victimes et celles des conjoints concernant l'aide tangible semble être un élément de consensus reconnu par les deux membres du couple. La matrice de corrélations concernant l'aide tangible indique une fidélité entre les résultats des victimes et ceux des conjoints qui signifie qu'il existe une convergence entre les réponses des deux membres du couple aux six items. Par exemple, lorsque la victime indique que son conjoint

l'a fréquemment aidée à recevoir des soins médicaux, qu'il l'a amenée à la police, l'a encouragée à aller chercher de l'aide thérapeutique et a pris en charge certaines tâches et autres responsabilités pour la soulager, cette même indication est aussi présente chez le conjoint. Pour expliquer ce lien, on peut s'appuyer sur la théorie de Weiss (1976) rapportée par Guay et al. (2002) concernant la perspective temporelle du soutien. Selon cette perspective, on peut supposer que la victime atteint la phase où elle manque de ressources pour faire face à certaines exigences de la vie et celles-ci sont alors comblées par l'aide tangible du conjoint. Les auteurs ne précisent pas la durée des phases, ce qui pourrait impliquer que l'aide puisse durer au-delà de quatre mois.

Les résultats de notre étude n'indiquent pas de relation entre les réponses des victimes et celles de leurs conjoints quant à la communicabilité de la réaction de stress post-traumatique telle qu'identifiée par Nelson et Wampler (2000). Enfin, on n'observe pas de lien entre les réponses des victimes et celles des conjoints pour chacun des indicateurs suivants : la connaissance d'un soutien adéquat, le blâme de la victime, le contrôle et la satisfaction conjugale.

Les résultats au temps 2 indiquent le maintien des mêmes liens qu'au temps 1 entre les partenaires du couple concernant l'aide tangible et concernant ceux de la satisfaction sexuelle auxquels s'ajoutent les liens entre les membres du couple pour les symptômes dépressifs.

Généralement, la satisfaction sexuelle étant étroitement liée à l'intimité, les activités sexuelles peuvent être perturbées directement et indirectement par certaines conséquences de l'agression et de son dévoilement. Dans ce contexte, la victime et son conjoint peuvent être tentés de limiter les rapprochements et les expressions émotives dans la relation, situation qui provoque avec le temps des difficultés sexuelles et de l'insatisfaction sexuelle.

La matrice de corrélations concernant les symptômes dépressifs indique la présence de convergence entre les membres de trois des couples de la présente étude. Le lien significatif avec

les symptômes dépressifs suggère l'idée d'un processus d'internalisation des symptômes de la victime qui se manifeste chez le conjoint par l'apparition de symptômes similaires. D'autres hypothèses seraient à l'effet que cette convergence entre les réponses des victimes et celles des conjoints peut être reliée notamment à l'impuissance ressentie par le conjoint face à l'agression ou au fait de vivre avec une personne qui a un TSPT. Il faut toutefois nuancer ces réponses puisque les résultats des symptômes dépressifs sont à leur plus bas niveau.

On peut supposer que la perception du soutien émotionnel reçu et celle du soutien donné conduirait à une perception du soutien similaire entre les membres du couple mais ce n'est pas le cas. Compte tenu du fait que les résultats du soutien émotionnel perçu par les victimes et ceux relatifs au soutien donné par les conjoints dépassent largement les moyennes obtenues pour une population similaire aux victimes, on peut supposer la présence d'une certaine empathie et d'un rapport mutuel entre les membres du couple. Il est aussi possible qu'avec le temps certains conjoints se soient sentis validés par l'aide qu'ils ont offerte et ont eu le sentiment que la relation s'intensifiait compte tenu de l'expérience qu'ils vivaient (Ahrens et Campbell, 2000).

Les résultats de la présente étude mettent en lumière la présence de difficultés vécues par les conjoints dont la partenaire a dévoilé de manière précoce l'agression sexuelle qu'elle a subie. Il n'existe que très peu de ressources pour sensibiliser les personnes significatives de l'entourage des victimes sur les conséquences de l'événement et sur la façon d'agir pour les aider à s'en sortir. Dans ce contexte, il serait extrêmement judicieux de proposer aux conjoints une aide immédiate afin de leur expliquer la nature des réactions et des symptômes qu'ils sont susceptibles d'éprouver, de leur fournir des moyens pratiques pour aider et soutenir leur partenaire et améliorer la communication. Ces interventions auprès des conjoints et des couples devraient se faire le plus rapidement possible, soit lors de l'intervention de crise (Brookings et

al., 1994). Cette aide devrait être offerte durant un certain temps, car les difficultés et les besoins évoluent avec le temps. Plus spécifiquement, on pourrait (1) permettre la verbalisation sur l'impact qu'a eu l'événement sur les différentes sphères de la vie ; (2) donner de l'information sur les symptômes et sur les conséquences à court et à long terme de l'agression sur les différentes sphères de la vie de la victime ; (3) aider les conjoints à utiliser les liens d'intimité pour savoir comment mieux soutenir leur compagne ; (4) favoriser les échanges au sujet de l'événement ; (5) fournir des ressources techniques (documents sur les symptômes et sur les meilleures façons d'agir) et psychologiques (écoute téléphonique, groupes de soutien, rencontres individuelles) (Guay et al., 2002).

Les résultats d'une étude menée par Guay, Marchand et Mainguy (2004) suggèrent que l'implication du conjoint dans le traitement des troubles anxieux s'avère une avenue prometteuse. En effet, une intervention psychoéducationnelle de trois séances avec le conjoint augmente les effets bénéfiques de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) individuelle sur la diminution des symptômes du trouble anxieux (c.-à-d. le trouble de stress post-traumatique) et améliore la qualité de la relation conjugale (Guay et al., 2004a et b). Les stratégies utilisées incluaient une séance d'information sur le trouble en début de thérapie, une séance de discussion sur les progrès réalisés et les stratégies de traitement utilisées à la mi-traitement et une séance sur la prévention de la rechute en fin de thérapie. Ces résultats suggèrent qu'il n'est pas nécessaire d'impliquer le conjoint de façon substantielle dans le traitement pour obtenir des effets positifs.

Certaines limites de la présente étude doivent être mentionnées. Il est difficile de généraliser les résultats obtenus à l'ensemble de la population, notre échantillon de conjoints étant exclusivement hétérosexuel et masculin et ne représentant qu'un seul groupe ethnique. De plus, la trop grande variabilité dans la période entre l'agression sexuelle et la première rencontre

d'évaluation pour la présente étude (qui passe d'un mois à sept ans) ne permet pas de cerner avec précision l'impact du moment du dévoilement de l'agression sexuelle sur les différentes variables étudiées. Le fait que certains conjoints étaient présents dans la vie des victimes au moment de l'agression alors que d'autres n'y sont entrés qu'après l'événement n'a certainement pas le même impact sur certaines variables. Quarante-sept pour cent des conjoints ne connaissaient pas la victime au moment de l'événement. De plus, presque toutes les victimes avaient déjà reçu des traitements thérapeutiques lors de leur implication affective avec leur conjoint. Par conséquent, il se peut qu'elles aient ressenti moins de souffrance lors de leur implication dans le couple. Ces facteurs devraient être contrôlés au moment du recrutement. D'autres facteurs liés à la taille de l'échantillon ou aux questionnaires pourraient aussi être en cause.

Conclusion

La présente étude a permis de constater que les réactions sociales positives et la majorité des réactions négatives à l'exception du blâme et de la stigmatisation sont les variables les plus touchées par le moment du dévoilement. L'intensité des réactions des conjoints à l'annonce de l'événement les rend inaptes à répondre adéquatement aux besoins de leur partenaire. De plus, les résultats de la présente étude ont permis d'observer que, sur certaines variables, les conjoints ont des réponses similaires alors que sur d'autres leurs réponses diffèrent de celles des victimes.

Nous sommes donc d'avis qu'il importe d'examiner directement les perceptions du conjoint afin de mieux cerner ce qu'il vit et de l'aider dans la gestion de la crise déclenchée par le dévoilement de l'agression.

Références

- Ahrens, C. E. (2002). *Silent and Silenced : The disclosure and non-disclosure of sexual assault. A thesis submitted in the graduate college of the University of Illinois*. In partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of philosophy in psychology. University of Chicago.
- Ahrens, C. E. et Campbell, R. (2000). Assisting rape victims as they recover from rape: the impact on friends. *Journal of Interpersonal Violence*, 15,9, 959-986.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*, 4e ed. Washington, DC: Author.
- Bateman, A. et Mendelson, E. F. (1989). Leading comments, sexual offends: help for the forgotten victims. *Sexual and Marital Therapy*, 4, 5-7.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. et Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Becker, J. V., Skinner, L. J., Abel, G. G. Axelrod, R. et Cichon, J. (1986), Sexual problems of sexual assault survivors. *Women and Health*, 9, 4, 5-20.
- Becker, J. V., Skinner, L. J.; Abel, G. G. et Treacy, E. C. (1982). Incidence and type of sexual dysfunctions in rape and incest victims. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 8, 1-73.
- Bourque, P. et Beaudette, D. (1982). Étude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 14, 211-218.

- Brillon, P. (1995). *Questionnaire des caractéristiques de l'agression*. Questionnaire non publié, Université du Québec à Montréal.
- Brillon, P. (2004). *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique : Guide à l'intention des thérapeutes*. Les Éditions Québecor.
- Brookings, J. B., McEvoy, A. W. et Reed, M. (1994). Sexual assault recovery and male significant others. *Families in Society: the journal of contemporary human services*, 295-299.
- Burguess, A.W. et Holmstrom, L. L. (1979). Rape: Disclosure to parental Members. *Women and Health* 4, 255-268.
- Cormier, N. et Julien, D. (1996). Relation entre l'ajustement marital et des mesures subjectives et objectives de soutien conjugal. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 28,
- Cwik, M. S. (1996). The many effects of rape: the victim, her family and suggestions for family therapy. *Family Therapy*, 23, 95-115.
- Davidson, J. R. T., Smith, R. D. et Kudler, H. S. (1989). Validity and reliability of the DSM-III criteria for posttraumatic stress disorder: Experience with a structured interview (SI-PTSD). *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 336-341.
- Davis, R. C. et Brickman, E. (1996). Supportives and unsupportives aspects of the behavior of others toward victims of sexual and nonsexual assault. *Journal of Interpersonal Violence*, 11, 2, 250-262.

Descutner, C. J. et Thelen, M. H. (1991). Development and validation of a fear of intimacy scale.

Psychology Assessment: A journal of Consulting and Clinical Psychology, 3, 2, 218-225.

Falsetti, S. A., Resnick, H. S., Resick, P.A. et Kilpatrick, D. G. (1993). The Modified PTSD

Symptoms Scale: a brief self-report measure of PTSD. *Behavior Therapist*, 16, 161-162.

Feldman-Summers, S., Gordon, P. E., et Meagher, J. R. (1979). The impact of rape on sexual

satisfaction. *Journal of abnormal psychology*, 88, 1, 101-105.

Freeston, M. H. et Pléchaty, M. (1997). Reconsideration of the Locke-Wallace Marital

Adjustment Test: Is it still relevant for the 1990's? *Psychological Reports*, 81, 419-434.

Foley, T. S. (1982). *Family response to rape and sexual assault*, In Burgess A.S. (Ed) Rape and

sexual assault (pp.159-188) N.Y., Garland Publishing

Frazier, A. P. et Burnett, J. W. (1994). Immediate coping strategies among rape victims. *Journal*

of Counseling & Development, 72, 633-639.

Golding, J. M., Siegel, J. M., Sorenson, S. B., Burnam, M. A. et Stein, J. A. (1989). Social

support sources following assault. *Journal of Community Psychology*, 17, 92-108.

Golding, J. M., Wilsnack, S. C. et Cooper, M. L. (2002). Sexual assault history and social

support: Six general population studies. *Journal of traumatic stress*, 15, 3, 187-197.

Guay, S., Billette, V. et Marchand, A. (2002). Soutien social et trouble de stress post-

traumatique : Théories, pistes de recherche et recommandations cliniques. *Revue*

Québécoise de Psychologie, 23, 3, 165-184.

Guay, S., Marchand, A., Iucci, S. et Martin, A. (2002). Validation de la version québécoise de l'Échelle modifiée des symptômes du trouble de stress post-traumatique auprès d'un échantillon clinique. *Revue Québécoise de Psychologie*, 23, 257-269.

Guay, S., Billette, V., St-Jean-Trudel, E., Marchand, A. et Mainguy, N. (2004). Thérapie de couple et trouble de stress post-traumatique. *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 4, 81-88.

Harris, C. J. (1989). A family crisis-intervention model for the treatment of post-traumatic stress reaction. *Journal of traumatic stress*, 4, 195-207.

Hatfield, E. (1982). *Passionate love companionate love and intimacy*. In M. Fisher & G. Stricker, Intimacy. NY: Plenum Press.

Holmstrom, L. L. et Burgess, A. W. (1979). A rape: the husband's and boyfriend's initial reaction. *Family Coordinator*, 28, 321-330.

Hudson, W. W., Harrison, D. F. et Crosscup, P. C. (1981). A short-form scale to measure sexual discord in dyadic relationship. *Journal of Sex Research*, 17, 2, 157-174.

Johnson, R. Hobfoll, S. E. et Zalcberg-Linetzy, A. (1993). Social support knowledge and behavior and relational intimacy: a dyadic study. *Journal of Family Psychology*, 6, 3, 266-277.

Khouzam, C. (1995). *Questionnaire sur la nature de l'agression sexuelle*. Questionnaire non publié, Université du Québec à Montréal.

Khouzam, C., Marchand, A., Billette, V. et Ouimet, J. (2000). *Le Questionnaire des Réactions Sociales*, traduction et adaptation du *Social Reactions Questionnaire*. Questionnaire non publié, Université du Québec à Montréal.

Khouzam, C., Marchand, A., Brillon, B. et Ouimet, J. (1999). *Le Questionnaire de la peur de l'intimité*, traduction et adaptation du *Fear of Intimacy Scale (FIS)*. Questionnaire non publié, Université du Québec à Montréal.

Khouzam, C. et Ouimet, J. (2000). *Le questionnaire de la Connaissance d'un soutien adéquat et du Comportement de Soutien Social* traduction et adaptation du *Social Support Knowledge and Social Support Behavior*. Questionnaire non publié, Université du Québec à Montréal.

Laughrea, K., Bélanger, C. et Wright, J. (1996). L'inventaire de l'expérience de la colère en situation sociale et conjugale: validation auprès de la population québécoise. *Science et comportement* 25, 1, 71-95.

Leblanc, G., Khouzam, C., Marchand, A. et Guay, S. (2004). *Validation canadienne-française du Questionnaire sur la Peur de l'Intimité*. Manuscrit soumis pour publication.

Léveillé, S. Julien, D., Quoidion, C. et Bégin, J. (1995). Conflits conjugaux : analyse des échanges entre conjoints et leurs aidants naturels. *Science et Comportement*, 24, 1, 67-83.

Locke, H. J. et Wallace, K. M. (1959). Short marital adjustment and prediction test: their reliability and validity. *Marriage and Family Living*, 21, 251-255.

Miller, W. R., Williams, A. M. et Bernstein, M. H. (1982). The effects of rape on marital and sexual adjustment. *The American Journal of Family Therapy*, 10, 51-58.

- Mio, J. et Foster, J. D. (1991). The effects of rape upon victims and families: implications for comprehensive family therapy. *The American Journal of Family Therapy*, 19, 147-159.
- Mitchell, M. E. (1991). A family approach and network implications of therapy for victims of violence and applied in case of rape. *Journal of Family Psychotherapy*, 2, 1-13.
- Moriarty, C. W. (2000). Unwanted sexual experiences and date rape: Helping friends cope: the creation of a psychologically based intervention program. *A dissertation submitted to the Massachusetts school of professional psychology*. In partial fulfillment of the requirements for the degree Doctor of psychology. Massachusetts
- Moss, M., Frank, E. et Anderson, B. (1990). The effects of marital statut and partner support on rape trauma. *American Journal of Orthopsychiatry*, 60, 379-391.
- Nelson, B. S. et Wampler, K. S. (2000). Systemic effects of trauma in clinic couples: An exploratory study of secondary trauma resulting from childhood abuse. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26, 2, 171-184.
- Nelson, B. S. et Wright, D. W. (1996). Understanding and treating post-traumatic stress disorder symptoms in female partners of veterans with PTSD. *Journal of Marital and Family Therapy*, 22, 4, 455-467.
- Orzek, A. M. (1983). Sexual assault: the female victim, her partner, and their relationship. *The Personal and Guidance Journal*, 61, 143-146.

Riggs, D. S., Byrne, C. A. , Weathers, F. W. et Litz, B. T. (1998). The quality of the intimacy relationships of male Vietnam veterans: problems associated with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 11*, 1, 87- 101.

Rodkin, L. I. et Hunt, E. J. (1982). A men's support group for significant others of rape victims. *Journal of Marital and Family Therapy, 8*, 91-97.

Routbort, J. C. (1997). What happens when you tell: disclosure, attributions, and recovery from sexual assault. *A dissertation submitted to the university of Michigan graduate board*. In partial fulfillment of the requirement for the degree Doctor of philosophy. University of Michigan.

Silverman, D. C. (1978). Sharing the crisis of rape: counseling the mates and families of victims. *American Journal of Orthopsychiatry, 48*, 166-173.

Stauffer, J. R. (1987). Marital intimacy: Roadblocks and therapeutic interventions. *Family Therapy, 14*, 179-185.

Stephenson, R., Brillon, P., Marchand, A. et Di Blasio, L. (1995). *Traduction du Modified PTSD Symptom Scale- Self Report*. Université du Québec à Montréal, Québec, Canada.

Thelen, M. H., Sherman, M. D. et Borst, T. S. (1998). Fear of intimacy and attachment among rape survivors. *Behavior Modification, 22*, 108-116.

Ulman, S. E. (1996b). Social reactions, coping strategies, and self-blame attributions in adjustment to sexual assault. *Psychology of Women Quarterly, 20*, 505-526.

Ulman, S. E. (1996c). Do social reactions to sexual assault victims vary by support provider?

Violence and Victims, 11, 143-157.

Ulman, S. E. (1999). Social support and recovery from sexual assault: A review. *Aggression and*

Behavior, 4, 3, 343-358.

Ulman, S. E. (2000). Psychometric characteristics of the Social Reactions Questionnaire: A

measure of reactions to sexual assault victims. *Psychology of Women Quarterly, 24*, 169-183.

Ulman, S. E. et Filipas, H. H. (2001). Predictors of PTSD symptom severity and social reactions

in sexual assaults victims. *Journal of Traumatic Stress, 14*, 369-389

Weiss, R. (1976). Transition states and others stressful situations: their nature and programs for

their management. In G. Caplan and M. Killilea (Eds), *Support systems and mutual help:*

Multidisciplinary explorations. New York: Grune et Stratton.

Wortman, C. et Lehman, D. (1985). *Reactions to victims of life crises: support attempts that fail.*

In I. Sarason & B. R. Sarason (Eds), *Social support: Theory, research and applications* (p. 463-489). Dordrecht, the Netherlands: Martinus Nijhoff.

Tableau 1

Informations sur la condition entourant le moment du dévoilement (conjointes) (N = 15)

Nature de l'agression	Condition d'évaluation		
	Dévoilement précoce	Dévoilement tardif	P
Conjointes	N = 10	N = 5	
TSPT actuel			
Présence	20%	20%	.76
TSPT passé			
Présence	10%	20%	.90
Victimisation de la partenaire			
Récente: 1 à 3 mois	60%	20%	
Antérieure: 6 mois à quelques années	40%	80%	.18
Présence du conjoint			
Première relation	70%	20%	
Deuxième relation	30%	80%	.10

Temps de dévoilement précoce = immédiatement à 1 semaine ; tardif = 1 mois à quelques années

P = Test exact de Fisher

Tableau 2

Intervalles de confiance à 95% concernant les conjoints dont les moyennes sont supérieures ou inférieures aux points de coupures ou aux moyennes de référence, aux deux temps de mesure.

Variables	Réactions au dévoilement précoce				Réactions au dévoilement tardif	
	Moyennes					
	et Points de	Temps 1	Temps 2	Temps 1	Temps 2	
	coupure					
EMST	50 ^{ac}	[8.0; 24.6]	[8.2; 24.56]	[1.14; 6.46]	[1.68; 11.52]	
QPI	78.49 ^{bc}	[61.56; 80.64]	[58.97; 83.03]	[72.37; 80.83]	[66.85; 83.95]	
QCS	35.64 ^{bd}	[12.44; 14.36]*	[12.34; 14.26]*	[13.07; 14.93] *	[12.2; 14.30] *	
CS	52.49 ^{bd}	[-0.02; 5] *	[2.73; 9.67]*	[5.87; 10.13]*	[-0.86; 4.06] *	
EAC	100 ^{ad}	[86 ; 112.8]	[80.24 ; 107.56]	[71.47 ; 100.13]	[79.39 ; 114.61]	
ESS	33 ^{ac}	[18.19 ; 37.21]	[15.73) ; 33.87]	[13 ; 38.6]	[11.81 ; 37.39]	
IDB	10-18	[2.31 ; 8.69]	[2.87 ; 7.53]	[3.15 ; 10.45]	[.76 ; 10.44]	

Tableau 2 (suite)

Variables	Réactions au dévoilement précoce		Réactions au dévoilement tardif	
	Temps 1	Temps 2	Temps 1	Temps 2
SRQ				
blâme	.86 ^{bc}	[.91; 1.57] *	[1.23; 2.17] *	[1.49; 1.55] *
égocentrisme	1.14 ^{bc}	[.89; 1.47]	[.32; .82] *	[1.30; 1.70] *
distraktion	1.24 ^{bc}	[1.11; 1.83]	[.58; 1.02] *	[.58; 1.16] *
contrôle	.98 ^{bc}	[.83; 1.21]	[.21; .85] *	[.34; .80] *
stigmatisation	.88 ^{bc}	[.21; .73] *	[.01; .33] *	[.04; .36] *
aide tangible	1.10 ^{be}	[2.37; 3.25] *	[1.23; 2.19] *	[1.61; 2.19] *
soutien émotionnel	2.29 ^{be}	[.85; 1.29] *	[.21; .85] *	[2.27; 2.99] *

Note : Réactions au dévoilement précoce $N = 10$ conjoints ; Réactions au dévoilement tardif $N = 5$ conjoints ; * = n inclut pas la valeur de référence.

a = point de coupure ; b = moyennes ; c = valeurs plus élevé indique problèmes ; d = valeurs plus bas indique problèmes ; e = valeurs plus élevé indique satisfaction

EMST = Échelle modifiée des symptômes du trouble de stress post traumatique ; QPI = Peur de l'intimité PI ; QCS = Questionnaire sur la connaissance d'un soutien adéquat :

CS = Questionnaire sur le comportement de soutien ; SRQ = Questionnaires des réactions sociales [sous échelles négatives Réaction Sociale blâme ; égocentrisme ;

distraktion ; contrôle ; stigmatisation ; sous échelles positives Réaction sociale aide tangible ; soutien émotionnel] ; EAC = Satisfacation conjugale ; ESS = Satisfacation sexuelle ;

IDB = inventaire de dépression de Beck = dépression légère = 10-18.

Tableau 3

Scores moyens et écarts types des réactions des conjoints selon moment de dévoilement au temps 1 et au temps 2.

Variables	Réactions au dévoilement précoce		Réactions au dévoilement tardif		p
	Temps 1	Temps 2	Temps 1	Temps 2	
EMST	16.30 (15.41)	16.40 (15.10)	3.80 (4.92)	6.60 (9.10)	+
QPI	71.10 (17.66)	71.00 (22.26)	76.60 (7.83)	75.40 (15.82)	
QCS	13.40 (1.78)	13.30 (1.77)	14.00 (1.73)	13.40 (1.67)	
CS	2.40 (4.81)	6.20 (6.43)	8.00 (3.94)	1.60 (4.56)	***
EAC	99.40 (24.79)	93.90 (25.27)	85.80 (26.52)	97.00 (32.58)	
ESS	27.70 (17.60)	24.80 (16.79)	25.80 (23.68)	24.60 (23.66)	
IDB	5.50 (5.91)	5.20 (4.31)	6.80 (6.76)	5.60 (8.96)	

Tableau 3 (suite)

SRQ	Réactions au dévoilement précoce		Réactions au dévoilement tardif		p
	Temps 1	Temps 2	Temps 1	Temps 2	
blâme	1.23 (.64)	1.06 (.80)	1.70 (.87)	1.52 (.05)	
égocentrisme	1.18 (.54)	1.25 (.45)	.57 (.46)	1.50 (.37)	*
distraction	1.47 (.67)	1.52 (.64)	.80 (.40)	.87 (.54)	*
contrôle	1.02 (.35)	1.05 (.37)	.53 (.59)	.57 (.43)	*
stigmatisation	.47 (.48)	.30 (.29)	.17 (.29)	.20 (.30)	
aide tangible	2.81 (.82)	3.01 (.95)	1.71 (.88)	1.90 (.53)	*
soutien émotionnel	1.07 (.41)	3.01 (.49)	.53 (.59)	2.63 (.67)	*, **

Note : dévoilement précoce $\bar{N} = 10$; dévoilement tardif $\bar{N} = 5$ conjoints

$p < .05$. * = effet groupe, ** = effet temps, *** = effet d'interaction ; Tendances = $p > .05$ et $p < .15$, + = effet groupe,

EMST = Échelle modifiée des symptômes du trouble de stress post traumatique ; QPI = Peur de l'intimité PI ; QCS = Questionnaire sur la connaissance d'un soutien adéquat :

CS = Questionnaire sur le comportement de soutien ; SRQ = Questionnaires des réactions sociales [sous échelles négatives Réaction Sociale blâme ; égocentrisme ; distraction ; contrôle ; stigmatisation ; sous échelles positives Réaction sociale aide tangible ; soutien émotionnel] EAC = Satisfaction conjugale ; ESS = Satisfaction sexuelle;

IDB = inventaire de dépression de Beck = dépression légère = 10-18

Tableau 4

Corrélations entre les deux membres du couple pour chacun des instruments de mesure aux deux temps de mesure.

Variables	Corrélation T 1	Corrélation T2
EMST	.05	.45+
QPI	.40+	.29
QCS	.28	-.03
CS	.42+	.41+
EAC	-.004	.35
ESS	.68*	.69*
IDB	-.001	.57*
SRQ blâme	.04	.08
égocentrisme	.13	.49+
distraktion	.22	.40+
contrôle	.02	.26
stigmatisation	.45+	-.001
aide tangible	.69*	.54*
soutien émotionnel	.09	.45+

Note couples $N = 15$ couples * = $r = .51$ $p < .05$; + = tendances = $p > .05$ et $p < .15$

EMST = Échelle modifiée des symptômes du trouble de stress post traumatique ; QPI = Peur de l'intimité PI hommes ;

QCS = Questionnaire sur la connaissance d'un soutien adéquat: CS = Questionnaire sur le comportement de soutien ; SRQ =

Questionnaires des réactions sociales [sous échelles négatives Réaction Sociale blâme ; égocentrisme ; distraction ; contrôle ;

stigmatisation ; sous échelles positives Réaction sociale aide tangible ; soutien émotionnel] ; EAC = Satisfaction conjugale ;

ESS = Satisfaction sexuelle; IDB = inventaire de dépression de Beck = dépression légère =10-18

Notes d'auteurs

La rémunération des participants a été rendue possible grâce à un fonds de recherche de l'UQAM octroyé au deuxième auteur.

Les auteurs tiennent à remercier France Gilbert pour la relecture attentive de cet article.

L'adresse de correspondance est la suivante : André Marchand, Ph.D., Université du Québec à Montréal, Département de psychologie, C.P. 8888, Succ. Centre-Ville, Montréal (Québec) H3C 3P8.

CHAPITRE 4

DISCUSSION GÉNÉRALE

DISCUSSION GÉNÉRALE

Le présent chapitre constitue une synthèse critique des résultats présentés dans les trois articles rédigés dans le cadre de cette thèse. Il se compose de trois parties distinctes : La première partie se subdivise en trois sections : la section 1 concerne la prérogative de valider une version française du questionnaire portant sur la peur de l'intimité ; la section 2 présente une discussion critique concernant les similitudes et les différences qui se dégagent des résultats obtenus tant dans le chapitre 2 portant sur les victimes ainsi que dans le chapitre 3 concernant les conjoints ; enfin, la section 3 traite de l'impact du passage du temps, quatre mois, plus tard sur les différentes variables à l'étude. Dans la deuxième partie, certaines considérations méthodologiques relatives à cette thèse sont discutées. Enfin, la dernière partie suggère des pistes pour de futures recherches et des suggestions visant certaines orientations cliniques.

Première partie :

Section 1

L'objectif du premier article tente vérifier la structure factorielle, la stabilité temporelle et la validité de construit du questionnaire portant sur la peur de l'intimité de même qu'à obtenir des données de référence. La version française du *Questionnaire sur la peur de l'intimité* démontre de bonnes qualités psychométriques, qualités qui s'avèrent assez similaires à celles de la version anglophone. Plus spécifiquement, ce questionnaire présente aussi une bonne consistance interne, une bonne stabilité temporelle ainsi qu'une bonne validité divergente. De plus, les résultats de l'analyse factorielle sont consistants avec la structure du questionnaire et révèlent que celui-ci discrimine bien entre la relation actuelle, ce qui justifie dès lors la séparation des items. Les scores totaux permettent de situer les cotes des individus qui

complètent le questionnaire en fonction de données de référence cliniques provenant de victimes d'agression sexuelle et non cliniques (provenant d'étudiants et de la population générale).

Aborder l'impact du dévoilement d'une agression sexuelle d'un point de vue systémique implique inévitablement de traiter de l'aspect intrusif de l'événement sur l'intimité du couple et sur la peur de s'abandonner. Comme de nombreux chercheurs, l'auteure estime que l'intimité est essentielle pour la santé mentale, pour le bien-être physique et pour l'ajustement psychosocial des couples. D'ailleurs, la majorité des consultations de couple concernent la perturbation de l'intimité au sein même du couple. Conséquemment, il nous apparaît essentiel de disposer d'un instrument permettant de mesurer la peur liée à l'engagement dans une relation intime afin de comprendre l'impact du dévoilement d'une agression sexuelle. La traduction française du questionnaire sur la peur de l'intimité et sa validation nous semblaient donc opportunes puisqu'elles comblaient un vide dans l'éventail des instruments à la fois accessibles pour faire ce type d'évaluation en langue française et valides pour les cliniciens et cliniciennes ainsi que pour les chercheurs. L'avantage de cet outil de mesure provient du fait que son administration aux deux membres du couple permet de confirmer, d'une part, le caractère individuel ou de trait de cette peur et, d'autre part, d'identifier s'il s'agit d'une peur de l'intimité de type relationnelle ou situationnelle.

L'administration du questionnaire requiert une attention particulière en ce qui a trait aux résultats liés à certains facteurs comme la langue, le sexe, l'âge des participants et le nombre d'années de vie commune. Comme nous l'avons indiqué dans le chapitre 1, il existe des variations entre les résultats obtenus lors des études antérieures auprès de la population générale anglophone et les résultats provenant de l'échantillon représentatif de la population générale francophone (les scores de peur de l'intimité obtenus auprès de la population générale

francophone étant moins élevés que ceux obtenus auprès de la population anglophone). De plus, les individus en couple semblent présenter une peur de l'intimité moins élevée que ceux n'ayant pas de partenaire stable. Par contre, les résultats sont comparables à ceux qui sont obtenus auprès des étudiants universitaires, eu égard à la langue. Enfin, les résultats révèlent une différence significative au niveau de la peur de l'intimité entre les victimes d'agression sexuelle de la présente étude et l'échantillon non clinique de la population francophone qui a participé à la validation du questionnaire. Les données obtenues révèlent que les victimes d'agression sexuelle obtiennent des scores plus élevés que la population francophone qui a participé à la validation du questionnaire.

Sur le plan de la recherche, il serait souhaitable de confirmer avec de nouvelles évaluations la stabilité de la structure factorielle de cet instrument en l'administrant dans différents milieux tant cliniques que non cliniques. L'obtention de scores représentatifs de diverses populations cliniques permettrait aux cliniciens travaillant avec des couples en détresse, incluant ceux dont un des membres a été victime d'une agression sexuelle ou d'un autre crime, de mieux situer leur niveau de peur de l'intimité. La validation de l'instrument devrait également se poursuivre afin d'établir, entre autres, des données de références pour la population générale et étudiante ne vivant pas en couple.

Section 2

Préambule

Avant d'aborder l'impact du moment du dévoilement, l'auteure désire apporter quelques éléments d'information sur les facteurs cognitifs, affectifs, relationnels et contextuels susceptibles d'influencer le moment du dévoilement et son impact chez le conjoint.

Selon Brillon et Marchand (1997), l'agression sexuelle, plus que toute autre forme de violence interpersonnelle, peut avoir des impacts sur les dimensions cognitives et émotionnelles, mais aussi sur les dimensions morales et sociales. L'agression sexuelle est un acte de violence susceptible de porter atteinte à l'intégrité physique et psychologique de la victime, de provoquer un stress traumatique, de générer des symptômes dépressifs et des niveaux intenses de peur et d'anxiété à l'égard de certains stimuli (notamment sexuels) et, ainsi, de limiter le désir de proximité allant jusqu'à provoquer une peur de l'intimité. L'agression sexuelle peut ébranler les fondements même de la personne et de sa relation avec l'autre. Elle peut modifier la perception qu'a la victime de son conjoint puisque certains symptômes du TSPT peuvent l'amener à associer certains stimuli provenant du conjoint à l'agresseur. De plus, étant un acte stigmatisé englué dans des mythes et des préjugés sociaux très puissants, l'agression sexuelle peut générer des attributions de blâme et des conflits interpersonnels. En somme, l'agression sexuelle peut affecter à la fois les sphères cognitives, affectives et relationnelles de la victime et sa capacité de gérer les réactions liées au dévoilement de l'événement. En plus des efforts qu'elle doit fournir pour se rétablir de son agression, elle doit aussi gérer les craintes et les appréhensions entourant le dévoilement et ses conséquences éventuelles. Il est facile de comprendre dès lors qu'en raison de la fragilité de son état émotionnel, le dévoilement de l'agression à son conjoint constitue pour la victime une démarche extrêmement difficile. Il est donc légitime de se demander pourquoi les victimes décident de révéler cet événement tragique. Selon Dunn et ses collaborateurs (1999), les victimes le font parce qu'elles ont besoin de soutien, parce qu'elles constatent que leurs comportements sont perturbés et qu'elles éprouvent de nombreux symptômes, parce qu'elles ont souvent peur de représailles de la part de l'agresseur et, enfin, parce qu'elles désirent informer et sensibiliser leurs proches au sujet de cet événement.

Avant de se décider à dévoiler l'événement, la victime entre dans un processus d'évaluation des "pour" et des "contre" ; elle soupèse, entre autres, les réactions habituelles du conjoint face à des situations stressantes, la nature du lien qui les unit et le niveau d'intimité de leur couple, le soutien qu'elle reçoit habituellement de sa part et celui qu'elle pense recevoir à la suite du dévoilement (Ahrens, 2002).

Lors de l'évaluation clinique de la présente étude, les témoignages recueillis auprès des conjoints ont confirmé ce que pressentent probablement les victimes, à savoir qu'à l'annonce de l'événement, ils ont ressenti un état de choc, un bouleversement, une violation de l'espace intime, de la colère, des désirs de vengeance et de châtiment envers l'agresseur et de l'inquiétude quant à la sécurité de leur compagne. Certains ont exprimé avoir éprouvé des réactions ambiguës, voire des doutes, sur l'implication de leur partenaire lors de l'événement et depuis sa survenue notamment lorsque la victime refuse de parler de certains aspects de l'agression. Or, de telles situations peuvent limiter l'empathie, le soutien d'un conjoint surpris, confus ou sceptique.

Il est indéniable que le dévoilement d'une agression sexuelle vécue à l'âge adulte entraîne les conjoints dans un tourbillon complexe d'émotions. Ils doivent prendre soin de la victime et savent intuitivement que leur comportement peut influencer le bien-être du couple et l'évolution future de leur relation affective mais en même temps, ils se sentent démunis et impuissants.

1.2 Synthèse des chapitres 2 et 3

Basée sur le modèle théorique du soutien social, dans la présente thèse, nous avons tenté d'évaluer à l'aide des deux études empiriques, l'une auprès des victimes et l'autre auprès des conjoints, les impacts affectifs et relationnels associés au dévoilement d'une agression sexuelle perpétrée par un tiers, à l'encontre d'une femme adulte.

Résumé des résultats obtenus au temps 1 et au temps 2.

Les résultats de ces deux études indiquent qu'à la suite de l'agression sexuelle, 26% de victimes de notre échantillon présentent un TSPT (réaction primaire) et qu'à la suite du dévoilement de l'agression, 20% des conjoints présentent un TSPT (réaction secondaire). Les victimes présentant un TSPT sont principalement celles qui ont été agressées 6 mois avant l'évaluation clinique de la présente étude. Les conjoints qui présentent un TSPT sont ceux pour qui le dévoilement s'est fait précocement en ce sens qu'ils ont été les premières personnes informées de l'événement. Il est important de noter que les conjoints des victimes qui présentent un TSPT n'ont pas eux-mêmes développé un TSPT à la suite du dévoilement de l'agression sexuelle de leur partenaire, ce qui signifie qu'il ne semble pas y avoir de relation entre la présence d'un TSPT chez les victimes et chez les conjoints.

Globalement, chez les victimes, le moment de dévoilement, tout temps confondu, donne essentiellement des résultats qui semblent plus élevés dans la condition dévoilement tardif et qui excèdent les données de référence, et ce, concernant la satisfaction sexuelle, les réactions négatives et l'aide tangible. La participation ou non du conjoint, tout temps confondu, fait davantage ressortir de données significatives concernant la peur de l'intimité et l'aide tangible indiquant que les victimes dont le conjoint participe présentent moins de peur de l'intimité et disent recevoir davantage d'aide tangible que les victimes dont le conjoint ne participe pas. De plus, certaines données individuelles (symptômes de TSPT, dépression, peur de l'intimité) et relationnelles (satisfaction conjugale, réactions sociales négatives) semblent élevées.

En somme, les victimes dont le dévoilement fut tardif et celles dont les conjoints ne participent pas au processus d'évaluation présentent davantage de peur de l'intimité et de symptômes dépressifs, perçoivent davantage de réactions négatives à leur endroit et rapportent éprouver

d'avantage de difficultés relationnelles (insatisfaction sexuelle et conjugale) que les victimes dont le dévoilement fut précoce et que celles dont le conjoint a participé à l'étude. Ces données corroborent dans l'ensemble celles qui sont obtenues par Norton (1995) qui précise qu'entre autre, il existe une relation positive et significative entre les symptômes dépressifs et un déficit dans la relation d'intimité et dans la qualité relationnelle ainsi qu'une adaptation inefficace au stress. En effet, la présence de symptômes dépressifs semble suffisante pour favoriser des conflits interpersonnels, pour faire en sorte d'attribuer des intentions négatives aux comportements des proches et pour amener les personnes à sous-évaluer le soutien reçu ou, même, à le percevoir négativement (Guay, Billette et Marchand, 2002). Conséquemment, ces victimes peuvent avoir de la difficulté à susciter un désir d'aide et de soutien, avoir une moins bonne adaptation au stress et ressentir davantage de détresse.

Par ailleurs, le passage du temps est associé à une augmentation significative du soutien émotionnel et à une augmentation du contrôle pour toutes les victimes de l'étude. De plus, la participation ou non des conjoints indique une augmentation significative en ce qui concerne l'égoïsme du conjoint.

Chez les conjoints, le dévoilement précoce est associé à davantage d'impact quant aux réactions sociales perçus qu'un dévoilement tardif, et ce, tant au niveau des positives (aide tangible et soutien émotionnel) que négatives (comportement égoïste, distraction, contrôle). De plus, en ce qui a trait à l'évaluation des liens entre les réponses des victimes et celles des conjoints, les résultats indiquent une convergence significative, notamment pour la satisfaction sexuelle et l'aide tangible. On note aussi des convergences des réponses des victimes et celles des conjoints pour la peur de l'intimité et des comportements de soutien. Dans les faits, ceci

indique qu'il existe pour ces variables une entre les réactions des victimes et celles de leur conjoint.

Le passage du temps amène peu de changements au niveau des perceptions de réactions négatives chez les conjoints, mais amène par contre une augmentation des perceptions de réactions positives chez les conjoints. En ce qui a trait à l'évaluation des liens entre les réponses des victimes et celles des conjoints, les résultats indiquent la persistance des convergences significatives entre les réponses des victimes et celles des conjoints particulièrement pour la satisfaction sexuelle, l'aide tangible et les symptômes dépressifs. On note aussi la possibilité de convergences dans le cas de certaines variables comme le TSPT, l'égoïsme du conjoint, la distraction, le soutien émotionnel et le comportement de soutien. Par ailleurs, les connaissances relatives aux façons adéquates de donner du soutien et le comportement de soutien reçu sont pauvres autant chez les victimes que chez les conjoints de l'étude et le demeurent avec le temps. Ces informations précieuses orientent notre attention sur la pertinence de bien cerner les aspects relationnels touchés par le moment du dévoilement dans la dynamique du couple car cela nous renseigne sur la façon dont chacun des conjoints va traverser cette épreuve. Nous allons donc traiter de ces indicateurs au sein de chacune des variables étudiées.

1.2.1 Divergences et similitudes entre les résultats des victimes et des conjoints

Globalement, il existe des différences entre les résultats obtenus auprès des victimes et ceux qui sont obtenus auprès des conjoints. Tout temps confondu (c'est-à-dire aux deux temps de mesure), les victimes de l'étude se sentent plus déprimées, ont davantage peur de l'intimité et se disent plus insatisfaites sexuellement que les conjoints. De plus, d'un point de vue relationnel, les victimes perçoivent davantage de réactions sociales négatives de la part des conjoints (égoïsme, distraction, contrôle), perçoivent recevoir un faible soutien émotionnel et se

disent plus insatisfaites au niveau conjugal que les conjoints. Tout temps confondu, les victimes et les conjoints de la présente étude reconnaissent la présence de blâme, une faible connaissance de soutien et des comportements de soutien. Toutefois, ces différences ont tendance à s'estomper dans le temps comme l'indiquent les résultats obtenus quatre mois plus tard lors de la deuxième rencontre d'évaluation.

Divergences en fonction de chaque variable

La peur de l'intimité. Les niveaux de peur de l'intimité des victimes et ceux des conjoints divergent. Les victimes ont des niveaux de peur de l'intimité beaucoup plus élevés que les conjoints. La peur de l'intimité est particulièrement élevée chez les victimes dont les conjoints ne participent pas au processus d'évaluation de l'étude et chez les victimes dont le dévoilement est tardif. Les niveaux moyens, tant des victimes que des conjoints, sont plus élevés que ceux provenant des populations cliniques et non cliniques étudiées par Thelen, Sherman et Borst (1998) et Thelen, Vander Wal, Thomas et Harmon (2000) et que ceux obtenus dans la population francophone qui a participé à la validation du questionnaire. Ces niveaux élevés de peur de l'intimité sont associés à une absence de dévoilement de soi, à une peur de toute forme de proximité et d'abandon et à davantage d'isolement (Wlalington, Zoellner et Foa, 1998 ; Thelen, Sherman et Borst, 1998). Selon ces auteurs, les personnes qui ont un haut niveau de peur de l'intimité perçoivent moins bien le soutien social, jugent négativement l'utilité d'avoir recours à de l'aide, sont moins portées à demander du soutien et adoptent des stratégies d'adaptation "évitantes". Pour Thelen et ses collaborateurs (2000), la présence de ces facteurs chez les femmes favorise une plus grande intolérance dans leurs relations affectives, ce qui les rend plus susceptibles de vivre une rupture à court terme, et ce, même lorsque le conjoint présente un bas niveau de peur de l'intimité. On peut donc penser que les victimes dont le dévoilement est tardif

et celles dont les conjoints n'ont pas participé au processus d'évaluation de l'étude sont à risque élevé de rupture. Toutefois, comme l'ont suggéré Thelen et ses collaborateurs (2000), le concept de peur de l'intimité chez les jeunes couples propose une mesure de trait individuel. Il est donc possible que des facteurs préexistants avant l'événement influencent la mesure de la peur de l'intimité après l'événement. On peut penser aussi que les personnes ayant peur de l'intimité avant l'agression, présentent, le cas échéant, des scores de peur de l'intimité plus élevés que ceux présentant de bas niveaux de peur de l'intimité préalablement à la survenue de tout événement traumatique.

D'un point de vue relationnel, le niveau d'intimité est vécu différemment par chaque membre du couple. Les victimes vivent davantage de peur de l'intimité que les conjoints, et ce, en prenant en compte l'expérience traumatique. Conséquemment, il se peut que les manifestations de l'intimité aient des formes différentes, la femme exprimant davantage des besoins de rapprochement affectif et le conjoint sollicitant un rapprochement plus génitalisé. Dans un tel contexte, la survenue d'une agression sexuelle bouleversera les conceptions relatives à l'intimité dans la relation de couple. Pour contrecarrer le stress lié à l'événement, les conjoints pourront demander davantage d'intimité à la victime, ce qui pourra faire surgir en elle des peurs spécifiques, des pensées et des images intrusives liées à l'événement et, par conséquent, des comportements de retrait. En accord avec la théorie des patrons *poursuite/retrait* dans la relation de couple, ces interactions se manifestent lorsque les deux membres du couple ont des préférences d'intimité et des besoins différents (Klinetob et Smith, 1996).

Le développement d'un TSPT. Les résultats de la présente étude indiquent que 26% de victimes présentent un TSPT (réaction primaire) et 20% des conjoints présentent un TSPT (réaction secondaire). Les taux obtenus par les victimes de la présente étude sont plus faibles que

ceux obtenus par Brillon et Marchand (1997), Foa et Riggs (1995) pour qui 65% des victimes avaient développé un TSPT un mois après l'agression sexuelle et 47% plus de trois mois après. Toutefois, les taux obtenus par les conjoints de la présente étude dépassent les 7% à 10% de prévalence à vie de TSPT dans la population en général (Brillon, 2004). Le passage du temps, 4 mois plus tard, indique que les manifestations du TSPT chez les conjoints demeurent stables. La sévérité des symptômes de TSPT chez trois des quinze conjoints est suffisamment élevé pour confirmer l'impact relatif du dévoilement précoce chez certains d'entre eux. Plusieurs facteurs entourant le moment de dévoilement et les facteurs prédisposants peuvent avoir une relation directe sur le développement du trouble et devront être considérés dans les recherches futures. Une mesure permettant d'évaluer les dimensions à la fois individuelle et relationnelle du TSPT permettrait d'obtenir des informations pertinentes. De plus, les facteurs comorbides au TSPT tels que la consommation d'alcool ou de substances ne devraient pas être négligés dans les évaluations puisque selon Brillon (2004) 52% des hommes souffrants de TSPT sont dépendants de substances et/ou d'alcool.

Les victimes qui présentent des symptômes de TSPT et pour qui le dévoilement s'est fait précocement n'ont pas de conjoint qui présente également des symptômes de TSPT. Cette différence ne confirme pas les hypothèses de synchronisme des réactions de stress, ni de similarité des émotions mises de l'avant dans les études de Rodkin, Hunt et Cowan (1982) et de Nelson et Wampler (2000). À notre connaissance, il n'existe pas d'étude qui ont traité des facteurs potentiels qui pourraient expliquer l'absence ou la présence de ce synchronisme. Certains facteurs comme le nombre restreint de participants, la différence d'engagement des couples dans la relation affective, l'absence d'homogénéité du temps écoulé entre l'événement et la première rencontre d'évaluation, l'existence ou non du conjoint dans la vie affective de la

victime sont des facteurs qui pourraient expliquer les résultats obtenus. Des études plus poussées impliquant ces variables fondées sur la notion de réactions traumatiques secondaires faisant suite au dévoilement d'un événement traumatique et sur la présence de synchronisme entre les symptômes primaires et secondaires développés par Figley (1989) pourraient permettre de valider ou non les résultats obtenus entre les victimes et les conjoints de la présente étude.

Les éléments dépressifs. Certaines divergences apparaissent également dans le registre émotif, divergences manifestées par la présence de symptômes dépressifs chez les victimes mais non chez les conjoints de la présente étude. Selon Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, et Nelson (1995), à la suite d'un traumatisme, plus de 50% des victimes présenteront des symptômes dépressifs comorbides au TSPT. Plusieurs études s'entendent pour dire que les femmes expriment davantage leurs sentiments que les hommes à l'exception de la colère (Turgeon et Boisvert, 1997 ; Julien, Cossette, Léveillé et Pizzamiglio, 1990). De plus, selon ces derniers, en situation de conflits, les hommes parlent moins de leurs émotions négatives que les femmes et ils ont tendance à recourir à des stratégies de diversion comme les activités physiques et sexuelles qui deviennent des exutoires au stress.

Sur le plan relationnel, les symptômes et les comportements dépressifs des victimes ont un impact suffisant pour générer des conflits interpersonnels qui peuvent conduire à leur tour à une augmentation et à une chronicité de l'état général de la victime et une détérioration de la relation. Si, comme l'indique Hammen (1991 ; cité dans Guay et al., 2002), les personnes qui interagissent avec des individus déprimés rapportent vivre davantage d'affects négatifs, il se peut que les conjoints ressentent de telles émotions. Toutefois, en tenant compte des différences dans l'expression émotionnelle et en les conjuguant avec l'hypothèse de Chesler (1972) voulant que les symptômes dépressifs chez les femmes soient une restriction de la colère liée à des facteurs

culturels, il serait intéressant d'évaluer non seulement les symptômes dépressifs mais également la colère de chaque membre du couple. Il est vrai que Zoellner, Foa et Bartholomew (1999) n'ont pas trouvé de relation entre la colère, les frictions interpersonnelles et la présence tardive d'un TSPT chez les victimes d'agression sexuelle mais ils n'ont pas examiné ces variables d'un point de vue systémique. À notre connaissance, aucune recherche ne prend en considération ces variables.

La satisfaction sexuelle. La satisfaction sexuelle diffère entre les victimes et les conjoints, plus particulièrement chez les victimes ayant fait un dévoilement tardif et chez celles dont le conjoint ne participe pas au processus d'évaluation. Les résultats suggèrent que chez les victimes de ces deux conditions, le passage du temps est associé à davantage d'insatisfaction sexuelle alors qu'il ne l'est pas chez les conjoints. Ces données laissent présager qu'à plus long terme, ces femmes sont plus à risque de développer des problèmes de nature sexuelle que leurs conjoints. Néanmoins, étant donné que les résultats obtenus auprès des conjoints indiquent que leurs scores de satisfaction sexuelle est à la limite de l'insatisfaction et que les corrélations indiquent une convergence élevée aux deux temps de mesure entre la satisfaction sexuelle des victimes et celles des conjoints, il est possible que les conjoints soient fortement à risque de devenir eux aussi insatisfaits sexuellement. Cette hypothèse irait dans le sens des résultats de Miller, Williams et Bernstein (1982) et de Rodkin et al. (1982), qui notaient des préoccupations de nature sexuelle importantes chez les conjoints et indiquaient que les problèmes sexuels étaient considérés comme majeurs par ceux-ci. Des évaluations ponctuelles et à long terme donneraient des indicateurs plus précis des difficultés sexuelles et de la satisfaction sexuelle vécues par chaque membre du couple.

Les réactions négatives et la satisfaction conjugale. Le moment du dévoilement semble entraîner des différences significatives entre les victimes et leur conjoint quant aux réactions négatives perçues et à la satisfaction conjugale. Plus spécifiquement, lors d'un dévoilement précoce, les conjoints présentent davantage de réactions négatives (égocentrisme, distraction, contrôle) que les victimes en perçoivent.

La sous échelle des réactions sociales négatives : égocentrisme. Les réactions dites “ égocentriques ” signifient, selon Ulman (2000), que lors des interactions avec leur partenaire, les conjoints sont perçus comme davantage centrés sur leurs propres réactions émotives de colère et de vengeance, sentiments qui peuvent être dérangeants pour les victimes. Ces réactions notées par les victimes au temps 1, sont plus faibles que les données obtenues par Ulman (2000). Toutefois, elles augmentent avec le temps et dépassent les données de référence de Ulman quatre mois plus tard. Quant aux conjoints et particulièrement ceux pour qui le dévoilement fut précoce, le niveau de réactions dites “ égocentriques ” manifesté par les conjoints est plus élevé que celui des conjoints perçus par les victimes de l'étude de Ulman (2000) et suit le même patron d'augmentation au fil du temps que celui des victimes. L'augmentation de l'égocentrisme avec le temps nous incite à souligner l'importance, voire la nécessité, pour les conjoints d'exprimer leurs sentiments à propos de l'impact de l'événement sur les différentes sphères de leur vie. Dans ce contexte, le qualificatif d'égocentrisme peut porter à confusion puisqu'il pourrait avoir une connotation péjorative d'absence d'empathie. En fait, cet égocentrisme pourrait aussi témoigner d'un besoin d'expression des sentiments et d'écoute chez le conjoint, besoin qui fait suite à l'annonce de l'agression sexuelle de sa partenaire.

La sous échelle des réactions sociales négatives : distraction. Les réactions de “ distraction ” chez le-la partenaire sont perçues comme moins fréquentes par les conjoints que

par les victimes. La fréquence perçue augmente cependant avec le temps tant chez les victimes que chez les conjoints. Ces réactions perçues peuvent refléter une stratégie d'évitement à parler de l'agression en niant l'importance des symptômes vécus par la victime dans l'espoir qu'ils se résorbent d'eux-mêmes. Ces réactions ont été notées par Harris (1989), par Mio et Foster (1991) et par Mitchell (1991). En niant l'impact de l'agression sur leur relation et en tentant de l'oublier pour en annuler l'impact, le conjoint ne réalise pas que de tels comportements sont nuisibles pour la relation du couple (Cwick, 1996). Ulman et Filipas (2001) sont d'avis que le fait de dissuader la victime de parler de sa douloureuse expérience peut augmenter l'inhibition de ses sentiments et générer une recrudescence de symptômes de TSPT.

La sous échelle des réactions sociales négatives : contrôle. Les réactions de contrôle perçues sont, elles aussi, moins élevées chez les victimes que chez les conjoints. Les fréquences obtenues auprès des victimes concernant leur conjoint sont de même niveau que ceux de Ulman (2000) ; par contre, elles sont plus élevées que les résultats des conjoints. Tel que perçu par leur partenaire, les réactions de contrôle augmentent avec le temps autant chez les victimes que chez les conjoints. Pour cette sous échelle, Campbell, Aherns, Self, Wasco et Barnes, (2001) mettent en évidence l'influence de la perception des victimes. Certaines d'entre elles considèrent que le contrôle est aidant alors que d'autres le perçoivent comme humiliant (Ulman, 1996 ; Campbell et al. 2001). Par le biais du contrôle, les conjoints tentent d'éliminer l'impact de l'agression en tentant de contrôler les sources de stress (Harris, 1989 ; Mio et Foster, 1991 ; Mitchel, 1991). D'un point de vue relationnel, il est important d'être prudent dans nos conclusions sur les effets nuisibles des interactions et leur impact sur l'état des victimes. Ces effets peuvent selon Fannery, (1990) se produire de façon tout à fait involontaire alors que les deux parties sont bien intentionnées. La perception individuelle de soi et de l'autre peuvent influencer l'interprétation

des comportements émis et reçus. De plus, les échanges peuvent aussi échouer si les deux membres du couple ne partagent pas les mêmes valeurs, ni les mêmes objectifs. Enfin, il se peut que le conjoint ne sache pas comment résoudre le problème ou se sentir surchargé.

Pour expliquer l'augmentation de ces réactions égocentriques, de distraction et de contrôle, sans la nommer comme telle, Rodkin et al. (1982) postulent qu'avec le temps, les conjoints deviennent moins tolérants face au maintien des symptômes individuels et de dépendance de leur partenaire victime. Les réactions négatives des conjoints seraient la manifestation concrète de la rage, de l'impatience et de l'intolérance qu'ils ressentent face à l'incapacité de leur partenaire de reprendre ses activités antérieures. Les interventions auprès des conjoints devraient, dès lors, cibler la meilleure façon d'éviter les réactions négatives lors des tentatives de soutien aux victimes (Campbell et al., 2001).

La satisfaction conjugale. On observe des différences de satisfaction conjugale entre les victimes et les conjoints. Les victimes sont davantage insatisfaites que les conjoints et cela est plus marqué chez les victimes en situation de dévoilement tardif et chez celles dont les conjoints ne participent pas au processus d'évaluation de la présente étude. L'incapacité d'échanger et d'exprimer librement ses pensées et ses sentiments, mécanisme qui procure normalement à chacun des moyens d'évacuer ses préoccupations, ses peurs, sa culpabilité et sa colère, diminue la qualité relationnelle et augmente l'insatisfaction conjugale (Broman, Riba et Tahan, 1996 ; Riggs, Byrne, Weathers et Litz, 1998). Cette situation est plus susceptible de se produire chez les victimes en situation de dévoilement tardif et chez celles dont les conjoints ne participent pas au processus d'évaluation. Il est possible que le dévoilement tardif et la non-participation du conjoint à l'étude résultent aussi d'une satisfaction conjugale moindre. On peut émettre

l'hypothèse qui pourrait être testée ultérieurement, que chez ces couples en détresse

l'insatisfaction conjugale serait corrélée avec la peur de l'intimité.

Résultats entre les victimes et les conjoints concernant le soutien émotionnel reçu et offert.

La sous échelle des réactions sociales positives : soutien émotionnel. Les réactions de soutien émotionnel indiquent qu'au temps 1, il existe des divergences entre les réponses des victimes et celles des conjoints. Les victimes disent recevoir un soutien émotionnel très faible alors que les conjoints disent leur offrir un soutien émotionnel élevé. La faiblesse du soutien émotionnel offert à la suite du dévoilement confirme les résultats de l'étude de Ahrens et Campbell (2000) qui concluait que, selon les victimes, les conjoints n'écoutent pas, ne valident pas leurs perceptions et ne permettent pas l'expression des sentiments de peur, de tristesse et d'inquiétude. Ce faible degré de soutien émotionnel perçu par les victimes pourrait être expliqué par les réponses de distraction, d'égoïsme et de contrôle manifestées par les conjoints. Par ailleurs, il se peut également, comme le soutiennent Guay et al. (2002) et Andrews et al. (2003) que les victimes sous-évaluent le soutien qu'elles reçoivent, particulièrement celles qui ont un niveau élevé de symptômes dépressifs. Il semble qu'un des moyens qui permettrait de parvenir à une mesure plus adéquate du soutien émotionnel offert par les conjoints serait de procéder, simultanément, à une mesure d'observation directe des comportements de soutien ; cela permettrait d'obtenir des indicateurs de soutien qui ne reposeraient pas uniquement sur la perception de la victime.

Le passage du temps contribue à une amélioration considérable du soutien émotionnel perçu par les victimes et prétendument offert par les conjoints ce qui signifie probablement qu'à plus long terme, les victimes et leur conjoint assimilent l'événement en l'acceptant et en effectuant des changements en vue de mieux gérer les réactions de stress (Harris, 1989).

Toutefois, malgré l'amélioration considérable de la perception du soutien émotionnel avec le temps, les victimes notent parallèlement l'apparition et l'accroissement de réactions négatives (égocentrisme, distraction, contrôle). Il est important de tenir compte des réactions négatives notamment parce que celles-ci sont liées plus fortement que les réactions positives à la santé mentale des victimes (Zoellner et al., 1999).

1.2.2 Similitudes entre les résultats des victimes et des conjoints

L'impact du moment du dévoilement permet d'observer certaines similitudes entre l'aide tangible, le blâme, la connaissance et les comportements de soutien que les victimes estiment avoir reçu ceux que les conjoints croient avoir émis.

La sous échelle des réactions sociales positives : aide tangible. Le niveau d'aide tangible que les victimes perçoivent recevoir et celui que les conjoints disent offrir semble élevé. Chez les victimes, la perception de l'aide tangible reçue est plus grande lors du dévoilement précoce et lorsque le conjoint participe au processus d'évaluation. Ces données sont confirmées à partir du diagramme de corrélation dans la deuxième question de recherche du chapitre 3 qui indique une fidélité entre les résultats des victimes et ceux des conjoints concernant l'aide tangible. On peut donc confirmer la présence d'un consensus reconnu par les deux membres du couple en ce qui a trait à ce type d'aide. La théorie de Weiss (1976) rapportée par Guay et al. (2002) concernant la perspective temporelle du soutien appuie les résultats obtenus. En effet, selon cette perspective, on peut supposer qu'après le dévoilement, la victime atteint rapidement une phase où elle constate qu'elle manque de ressources pour faire face à certaines exigences de la vie. L'aide tangible qu'elle recherche a pour but de combler la différence entre ses ressources et les exigences auxquelles elle est confrontée. Les conjoints, quant à eux, se sentent plus à l'aise de fournir ce type de soutien concret qui leur permet d'effectuer une tâche car ils sont, de manière

générale, moins confortables avec l'expression des émotions. Il faudrait donc considérer le soutien dans une perspective temporelle en offrant différents types de soutien qui tiennent compte du cheminement des victimes (Guay et al., 2002). Il est difficile de déterminer les raisons qui expliqueraient le niveau élevé de l'aide tangible obtenu dans la présente étude. On peut supposer que la présence de certains facteurs comme la nature de l'agression (agression par un inconnu, dévoilement précoce), la nature du lien affectif entre les membres du couple et la participation du conjoint au processus d'évaluation de la présente étude, sont, entre autres, des facteurs favorisant ce type de soutien. Les raisons qui expliquent la convergence de l'aide tangible plutôt que le soutien émotionnel vient du fait que, contrairement au soutien émotionnel, l'aide tangible fait appel à des aspects bien concrets et clairs qui se vivent dans l'action comme la reconduire à ses rendez vous, s'occuper de tâches ménagères, etc. Ce type d'aide est donc plus facilement quantifiable que le soutien émotionnel qui implique davantage de subjectivité.

La sous échelle des réactions sociales négatives : blâme. La fréquence des réactions de blâme perçues comme étant reçues par les victimes et perçues comme étant exprimées par les conjoints semble élevée. Des données similaires ont été rapportées par Ulman (1996) alors que 70% des 155 femmes de son échantillon disaient avoir été blâmées pour l'agression à la suite du dévoilement. Plus que toute autre réaction négative, le blâme affecte le rétablissement de la victime en activant ses schémas dysfonctionnels et il affecte sa capacité à donner un sens au traumatisme (Ulman, 1999) ; alors qu'être validé et reconnu dans son expérience a un impact positif sur le rétablissement.

Quatre mois plus tard, la fréquence des blâmes demeure stable, et ce, que l'on considère les données des victimes ou celles des conjoints. Le blâme est une réaction émotionnelle que rencontrent la majorité des victimes à la suite d'un événement traumatique et cela est

particulièrement vrai pour les victimes d'agression sexuelle. Brillon (2004) distingue trois types de blâme: soit le blâme lié à la cause de l'événement, celui lié au comportement de la victime et enfin celui qui est en relation avec les séquelles de l'événement. Janoff-Bulman (1985) et Brillon et Marchand (1997) expliquent la tendance à blâmer une victime par le désir de maintenir intactes ses croyances fondamentales sur un monde juste et logique; dans un tel monde, la victime a forcément fait quelque chose de blâmable ou sa personnalité comporte des traits de caractère qui facilitent la survenue d'événements négatifs. Par ailleurs, le blâme lié aux séquelles que présentent les victimes, s'explique, selon Brillon (2004) par le fait que le conjoint peut se sentir impuissant devant la douleur exprimée par la victime et lui attribue le ralentissement de sa récupération. Soulignons enfin que de l'avis de Ahrens et Campbell, (2000), il y a lieu d'apporter certaines nuances relativement aux réactions des conjoints. Selon ces chercheurs, les conjoints qui ont tendance à blâmer davantage les victimes, qui sont moins empathiques, qui sont plus troublés, qui se sentent moins efficaces, qui sont plus ambivalents face à leur relation affective avec la victime et qui manifestent plus de comportements négatifs dans la relation sont surtout des conjoints qui n'ont jamais auparavant été en relation avec une victime et qui, par conséquent, se sentent démunis et incompetents face à cette situation. Précisons que la majorité des conjoints de la présente étude étaient confrontés pour la première fois de leur vie à une victime.

Il faut aussi souligner que l'interprétation que font les conjoints de l'agression sexuelle de la victime est influencée par le contexte socioculturel dans lequel ils vivent. Par exemple, une agression impliquant une connaissance de la victime et dans laquelle l'agresseur ne recourt pas à la force physique et au cours de laquelle la victime ne manifeste pas de résistance ne répond pas aux critères d'une "vraie agression" (Burt, 1980; McAuslan, 1998). Les mythes et les stigmas sociaux accolés à l'agression sexuelle font en sorte que ce délit provoque plus de réactions

sociales négatives que tout autre crime ou stress traumatique (Ulman, 1996). L'adhésion aux mythes et l'influence de ces derniers sur les réactions sociales n'ont jamais été évaluées auprès des victimes et de leurs conjoints. Il serait pertinent d'explorer ces liens entre les mythes et les réactions sociales dans des recherches ultérieures. Des interventions psycho-éducatives pour expliquer les réactions de blâme de la part de l'entourage envers les victimes permettraient aux victimes et aux conjoints de mieux comprendre ces réactions tant de fois exprimées. De plus, le travail sur les affects des conjoints et sur leur impact conjugué à une meilleure compréhension des conséquences à court, moyen et long terme de l'agression chez leur partenaire favoriseraient une baisse de cette réaction négative, source de détresse.

Le soutien social. En ce qui a trait à la connaissance du soutien et au comportement de soutien, les données de la présente étude indiquent des ressemblances entre le niveau de connaissance et de comportement de soutien offert par les conjoints et la connaissance ainsi que la satisfaction à l'égard du soutien reçu par les victimes. Les résultats portant sur la connaissance du soutien et le comportement de soutien obtenus par les victimes et les conjoints de l'étude indiquent des niveaux très faibles par rapport aux données de référence. Afin d'évaluer la portée de ces différences, nous les avons comparées aux données (connaissance = 20,09, comportement = 44,28) obtenus auprès des 295 participants à la validation du questionnaire sur la peur de l'intimité. Les résultats indiquent que pour les questionnaires de connaissance et de comportements de soutien, à la fois des conjoints et des victimes d'agression sexuelle, les données se rapprochent de celles concernant la population francophone. Il s'avère donc difficile de déterminer si ces résultats sont attribuables à leur état émotionnel ou à d'autres facteurs non contrôlés dans la présente étude. Une des raisons pouvant expliquer ce bas niveau de connaissance et de comportements correspondants est que la majorité des gens n'ont pas une

conception adéquate sur ce qui est aidant ou non en ce qui a trait aux agressions sexuelles et aux crimes en général (Dunkel-Schetter, 1984 ; Kaniasty et Norris, 1992). De plus, grâce à la nature même de l'événement et en raison de ce qu'il implique dans la relation d'intimité, on peut supposer qu'aucun des membres du couple ne sait comment soutenir, ni comment solliciter des comportements de soutien dans ce contexte particulier. Il se pourrait que le nombre d'années de vie commune soit un autre facteur de méconnaissance des besoins de soutien et des comportements correspondants puisque bon nombre de couples de la présente étude ne sont impliqués dans leur relation que depuis peu de temps. Des évaluations du lien entre le nombre d'années de vie commune, la connaissance du soutien et les comportements correspondants pourraient clarifier ces ambiguïtés. Au-delà de ces facteurs d'influence, des interventions psycho-éducatives sur la meilleure façon de soutenir une personne en détresse à la suite d'un traumatisme seraient souhaitables. Malgré l'importance des limites observées avec ces deux questionnaires, ils présentaient à l'origine certains avantages. Ils évaluent la connaissance du soutien à l'égard ce qui est aidant et ce qui ne l'est pas dans une relation d'intimité au sein d'un couple (Johnson, Hobfoll et Zolcherg-Linetzy, 1993). Ils permettent aussi d'évaluer la connaissance du soutien en cas de détresse. De plus, ces mesures permettent d'obtenir les résultats des deux membres du couple pour une même situation ; ces résultats peuvent être mis en relation dans un contexte de soutien thérapeutique afin d'illustrer les perceptions de chacun.

En somme, l'analyse des différences et des similitudes entre les résultats obtenus par les victimes et ceux obtenus par les conjoints dans la présente thèse met en évidence les différences de niveaux d'intensité des réponses bien plus que les similitudes. Elle a permis de mieux cerner la nature des difficultés que rencontrent les conjoints et surtout de préciser que si le dévoilement précoce perturbe les conjoints dans un premier temps, il apaise toutefois les

victimes. À cela s'ajoute les réactions sociales et le soutien qui demeurent des aspects touchés par le moment du dévoilement. Ce constat, permet d'établir certains liens entre les études antérieures qui ont évalués les réactions individuelles et relationnelles des couples touchés par une agression sexuelle. Ces études soutiennent qu'à partir de mêmes mesures, ces couples rapportent des difficultés relationnelles liées à la compréhension, la communication et l'engagement mutuel (Miller et al., 1982 ; Follette, Ruzek et Abueg, 1998).

La faiblesse des résultats obtenus avec les questionnaires sur le soutien n'a pas permis de confirmer les liens entre le soutien social et le bien-être individuel et relationnel de chaque membre du couple. L'impact de soutien offert par le conjoint permettant de s'adapter à la transition exigée par l'agression n'a pas non plus été confirmé.

1.2.3 Section 3 Impact du passage du temps

Le choix d'un deuxième moment de mesure, quatre mois après la première rencontre d'évaluation, a permis d'avoir une meilleure idée de la trajectoire des réponses des participants. Certaines mesures ont ainsi donné des résultats intéressants. Par exemple, on observe une atténuation du blâme pour les victimes du dévoilement précoce et une augmentation de certaines variables, particulièrement celles qui sont liées aux réactions négatives (égocentrisme, distraction, contrôle) chez les victimes. Pour ce qui est des conjoints, le passage du temps n'a généralement pas amené de changements quant aux réactions individuelles et relationnelles liées au moment du dévoilement. Toutefois, le passage du temps a favorisé l'amélioration significative des comportements de soutien chez les conjoints en situation de dévoilement précoce et l'amélioration significativement notable du soutien émotionnel perçu par les victimes et offert par les conjoints.

Il semble que les réponses individuelles et relationnelles des victimes d'agression sexuelle et celles de leur conjoint ne sont pas fixes et immuables. Le constat de la présente étude est que les réponses évoluent avec le temps selon que le dévoilement soit précoce ou tardif et que le conjoint participe ou non au processus d'évaluation. Souvent, la victime et son conjoint ne se rendent pas compte que la persistance de certains symptômes individuels et de l'apparition de certaines difficultés relationnelles, conséquences de l'agression (Kilpatrick et Veronen, 1983). Des évaluations subséquentes pourraient mettre en lumière d'autres changements quant à la symptomatologie, aux réactions du conjoint et à l'ajustement du couple. Une étude longitudinale permettrait d'obtenir des résultats plus concluants, de meilleures orientations thérapeutiques et de pistes de recherches. Des groupes de comparaison non cliniques ou des couples de victimes d'un acte criminel autre que l'agression sexuelle permettraient d'obtenir des données plus spécifiques à la problématique de l'impact de l'agression sexuelle commise par un tiers sur la relation du couple. Pour conclure, nous sommes d'avis que, d'un point de vue thérapeutique, des interventions précoces et à plusieurs niveaux sont nécessaires.

2. Deuxième partie : Considérations méthodologiques

2.1 Limites de la présente étude

Cette recherche comporte certaines lacunes méthodologiques qu'il convient de mentionner. Le nombre restreint des participants en est une. Au départ, nous avions prévu 105 personnes, hétérosexuelles ou homosexuelles, francophones ou anglophones, de milieux socio-économiques divers. Nous avons été confrontés à de très grandes difficultés de recrutement et cela explique le nombre restreint de participants. Rappelons que selon Statistique Canada, (1998), le taux de dénonciation des agressions sexuelles est environ de 6%. Malgré la sollicitation de divers milieux œuvrant auprès de victimes d'agression sexuelle et d'actes

criminels et l'assurance donnée de leur collaboration au projet de recherche, malgré la publication dans les journaux écrits et les médias électroniques, malgré la participation à une émission télévisuelle portant sur l'impact d'une agression sexuelle et d'intenses relances durant une période d'un an, malgré également l'accessibilité de recrutement à l'urgence de l'hôpital Hôtel-Dieu de Montréal, centre désigné qui a reçu en 2001, 350 victimes d'agression sexuelle, seulement 27 victimes et 15 conjoints ont accepté de participer. La faible participation de cette clientèle dans la recherche est un problème reconnu et vécu par une très grande majorité de chercheurs.

Le faible taux de participation des conjoints peut s'expliquer en partie par leur engagement récent dans la relation de couple avec les victimes, soit entre 3 mois et 2 ans. Cette hypothèse rejoindrait celle de Ahrens et Campbell (2000) voulant qu'une plus grande durée du lien affectif avec la victime soit un facteur favorable quant à la stabilité des aspects cognitifs et comportementaux de la relation et de l'intensification du lien et donc possiblement de leur implication dans le cadre d'une démarche comme la participation à une étude. De plus, lors de la première évaluation, certaines victimes dont le conjoint n'a pas participé ont laissé entendre que la communication avec le conjoint était difficile et la relation de couple était tendue depuis le dévoilement de l'agression. Dans ce contexte, on peut penser que les conjoints qui n'ont pas participé avaient des réticences à se révéler.

La non-représentativité de tous les types de victimes d'agression sexuelle dans la cohorte de la présente étude est une autre lacune. Le fait que 98% des victimes de la présente étude se soient présentées à l'hôpital où dans un CLSC a rendu leur expérience de violence interpersonnelle plus socialement acceptable à leurs yeux. Ces victimes ont porté plainte dans une proportion de 80%, elles se sentent moins responsables, moins blâmables et sont persuadées

de recevoir plus de soutien de la part de l'entourage. Elles vont donc avoir dévoilé l'événement de façon précoce et à plusieurs personnes. Ces victimes ne constituent qu'un faible pourcentage par rapport au nombre important de victimes qui ne dévoilent pas l'événement. Plus d'efforts devraient être faits afin de favoriser le dévoilement chez les victimes agressées par des connaissances parce que ces femmes sont plus isolées, utilisent l'évitement comme mécanisme d'adaptation et vivent un plus haut niveau de détresse psychologique (Ulman, 1999).

Par ailleurs, la prédominance chez les victimes d'un seul groupe ethnique, autre que caucasien, s'explique par le fait que les victimes ont encore moins tendance à porter plainte et à consulter les services d'aide aux victimes en raison notamment de différences culturelles entourant l'agression sexuelle. La présence de mythes et de croyances spécifiques quant aux rôles sociaux et aux droits des femmes explique en partie la réticence à dénoncer les agressions. Des recherches auprès d'une population plus représentative sont essentielles afin de mieux comprendre les mécanismes et les raisons qui président à l'absence de dévoilement ou, le cas échéant, au report du dévoilement.

Le facteur lié au manque d'homogénéité du temps entre l'événement et la première rencontre d'évaluation de la présente thèse (1 mois à 7 ans) empêche d'avoir une idée précise de l'impact du moment du dévoilement sur les symptômes individuels et relationnels. L'état émotionnel, cognitif et relationnel d'une victime qui dévoile à son conjoint une agression récente est différent de celui d'une victime d'agression qui a retardé le dévoilement de son agression. Des regroupements devraient être faits en fonction du temps écoulé pour le dévoilement afin de tenir compte des effets de la période d'adaptation liée au TSPT.

Dans le même ordre d'idées, l'existence ou non du conjoint dans la vie de la victime au moment de l'événement devrait être pris en considération dans la mesure de l'impact du moment

du dévoilement. En effet, les réactions d'un conjoint à qui la partenaire dévoile au début d'une relation une agression qui s'est produite dans le passé sont différentes de celles d'un conjoint qui apprend longtemps après son engagement dans le couple que sa conjointe a été victime dans le passé d'une agression sexuelle. De même, les réactions d'un conjoint récent qui apprend que sa partenaire vient d'être victime d'une agression sexuelle sont différentes de celles du conjoint de longue date qui apprend la même nouvelle. Ainsi le moment de dévoilement, le temps entre l'événement et la première rencontre d'évaluation de la présente thèse et la durée du couple peut varier considérablement chez les participants. En lien avec ces différences, les implications affectives de l'agression dans l'espace intime du couple peuvent être différentes.

La population de la présente étude est exclusivement hétérosexuelle. Cette homogénéité des participants au niveau de l'orientation sexuelle et du sexe s'explique par la rareté du dévoilement des agressions sexuelles, toutes conditions confondues. Un groupe de comparaison impliquant des victimes masculines et leur partenaire aurait cependant permis d'avoir un éclairage plus précis de l'impact du dévoilement sur les différents facteurs individuels et relationnels traités dans la présente étude.

L'absence de groupes de comparaison (victimes d'un autre trauma et participants sans trauma) limite également les conclusions de la présente étude. Un groupe de comparaison non clinique ou des couples de victimes d'un acte criminel aurait permis d'avoir des données plus spécifiques à la problématique de l'impact de l'agression sexuelle commise par un tiers sur la relation du couple.

Le choix de certains questionnaires surtout en ce qui a trait au soutien social et aux réactions sociales a permis de clarifier certains éléments de la symptomatologie tels que mentionnés dans la présente étude. Toutefois, le recours à des questionnaires validés, la reprise et

une confirmation des résultats permettraient de tirer des conclusions plus formelles. L'utilisation de plusieurs formes de mesures permettrait d'avoir une vision plus complète et plus précise des interactions positives et négatives qui influent sur le soutien. Nous savons notamment que l'observation directe fournit des informations plus objectives sur les interactions que les questionnaires auto-administrés. De même, une entrevue semi-structurée portant sur le concept de la manifestation des émotions permettrait d'évaluer les attitudes et les sentiments du conjoint vis-à-vis de la victime comme le blâme, l'hostilité, le sur engagement émotif, la cordialité, les commentaires positifs ; une cote élevée nous indiquerait une moins bonne communication et un moindre désir de dévoilement (Guay et al., 2002).

Tous ces éléments ne nous permettent pas de mesurer l'impact véritable du moment du dévoilement de l'agression sexuelle perpétrée par un tiers à l'âge adulte sur les variables individuelles et relationnelles à l'étude.

2.2 Forces de la présente étude

La présente étude innove en ce qu'elle est la première à obtenir des données auprès des victimes et de leur conjoint à partir de mêmes instruments de mesure ce qui permet ainsi de vérifier les perceptions mutuelles de certains aspects; elle innove également en évaluant l'impact de la participation ou non des conjoints au processus d'évaluation sur différentes mesures personnelles et relationnelles et, enfin, elle innove en identifiant les liens entre les réponses des victimes et celles de leur conjoint. En intégrant le groupe de victimes dont les conjoints ne participent pas au processus d'évaluation, l'étude a généré des éléments novateurs dans ce domaine de recherche. L'évaluation de l'impact de l'implication ou non du conjoint a permis de vérifier si la participation des conjoints allait apporter des éléments de réponse sur les variables à l'étude.

Par ailleurs, soulignons que même si la problématique est délicate et que de nombreuses victimes et conjoints ont éprouvé de la difficulté à verbaliser au sujet de l'événement traumatique, même si le rappel de certains souvenirs a pu être bouleversant, il semble que la participation à cette recherche n'ait pas provoqué d'effets nuisibles ; la participation de tous les participants au temps 2 nous semble le confirmer.

L'évaluation de l'impact du passage du temps sur les réponses individuelles et relationnelles des victimes et sur celles des conjoints a permis d'obtenir des informations pertinentes sur la trajectoire des symptômes et des réactions de chaque membre du couple et sur les symptômes relationnels. De plus, cette étude a favorisé la validation française du questionnaire portant sur la peur de l'intimité, outil essentiel accessible et valide permettant aux cliniciens et aux chercheurs de mesurer la peur liée à l'engagement dans une relation intime.

3. Pistes de recherche futures et implications cliniques

Les résultats obtenus nous autorisent à tirer certaines conclusions pertinentes relativement à l'ampleur des conséquences de l'agression sur chaque membre du couple qui participe au processus d'évaluation, ainsi que sur les interactions et influences de certains facteurs, de même que sur le rétablissement et l'ajustement de chacun des partenaires et sur celui de certains couples. Ainsi, les résultats nous permettent de suggérer des pistes de réflexion afin de mieux orienter les évaluations futures et de mieux investiguer les difficultés vécues par les couples. Des recherches empiriques plus étendues sont essentielles afin de mieux comprendre et cerner les types et l'étendu des problèmes vécus par les couples dont un des membres a été agressé sexuellement.

Le fonctionnement interpersonnel est difficile à évaluer compte tenu de sa complexité mais il est tout de même affecté par l'agression sexuelle. En dépit de la relative consistance des

résultats, de la documentation sur le patron des réactions, les individus ne réagissent pas tous de la même façon. Pour cela, il faudrait procéder à l'évaluation des facteurs de vulnérabilité préexistants avant l'agression, analyser les facteurs contextuels, et mesurer les facteurs de maintien comme l'évitement, le déni et le soutien de l'entourage dans des recherches ultérieures (Resick, 1993).

La majorité des données sur les réponses de l'entourage des victimes d'agression sexuelle à la suite du dévoilement ont été associées aux populations de victimes à la recherche de traitements, ce qui n'est pas représentatif de la population de victimes en général. Cette clientèle a plus facilement accès à de l'aide autant de la part de l'entourage que des professionnels. Des recherches orientées davantage sur une population de victimes d'agression sexuelle qui ne consultent pas semble nécessaire afin de mieux comprendre le processus du dévoilement, l'impact du moment du dévoilement et les raisons qui président à ce dévoilement (Ulman, 1999).

Des recherches sur l'impact de l'agression sexuelle sur la satisfaction sexuelle et sur la présence de dysfonctions sexuelles sont nécessaires puisque la satisfaction sexuelle est une variable qui a été affectée par le moment du dévoilement. De plus, on remarque que les études touchant les aspects sexuels de l'agression, tant au point de vue individuel que relationnel, datent de plus de 20 ans et nécessitent d'être réexaminées en fonction de paramètres plus contemporains.

De plus en plus d'études évaluent les effets de l'agression sexuelle, plus particulièrement les réactions sociales. Ces études ont mis en lumière la présence de réactions négatives et positives de la part des conjoints. Les données de la présente thèse confirment ces résultats, plus particulièrement chez les conjoints en situation de dévoilement précoce.

Cette étude a soulevé certaines questions qui pourraient aussi être évaluées ultérieurement. Les difficultés relationnelles et de communication sont-elles à l'origine des symptômes dépressifs manifestés par certaines victimes? Les facteurs cognitifs ainsi que les différentes attributions que font chacun des membres du couple sur leur partenaire affectent-ils la communication? Les couples qui adoptent davantage des comportements d'évitement alternant avec des explosions de colère et de blâme sont-ils plus à risque de détresse, de séparation et de divorce?

Un des facteurs identifiés parmi ceux qui provoquent des dissensions et qui interfèrent conséquemment sur le soutien mutuel est le niveau d'adhésion aux mythes entourant l'agression. Selon la théorie des attributions, une victime dont les attributions sont pessimistes aura une réaction liée à son type d'attribution. Le blâme, qui est un exemple d'attribution négative, engendre de nombreuses conséquences personnelles et interpersonnelles négatives. Si le conjoint considère que l'agression est due à la personnalité de sa conjointe, ses attributions vont être dictées par son adhésion aux mythes relatifs au comportement séducteur de certaines femmes. Il agira envers sa partenaire en fonction de sa perception mais aussi en fonction de ses émotions et de ses comportements. A notre connaissance, il n'existe aucune étude qui a évalué l'impact de l'adhésion aux mythes sur les réactions sociales et le soutien. Il serait intéressant d'étudier à l'avenir cette variable.

La peur de l'intimité et de l'abandon sont fortement associées à l'isolement, à l'insatisfaction au niveau relationnel et à une augmentation du risque de difficultés émotionnelles (Thelen et al., 1998). L'isolement et les difficultés d'ajustement social ont été associés au TSPT (Watlington, Zoellner, & Foa, 1998). Il semble que ces problèmes soient suffisamment déterminants pour qu'un pourcentage important de couples divorcent ou se séparent (Moss et al.,

1990). Les raisons entourant la désunion de ces couples ne semblent pas avoir encore été abordées de façon empirique dans les écrits recensés.

Il serait souhaitable d'évaluer les effets à long terme du moment de dévoilement et de la participation ou non des conjoints dans les recherches empiriques afin de mieux cerner les effets dévastateurs ou constructifs personnels et relationnels du dévoilement de l'agression. Des conditions particulières tenant compte de l'aspect intime du dévoilement, l'événement et de ses conséquences devraient alors être mises en place.

Une étude systémique intégrée dans un cadre conceptuel sur les habiletés de couples tant d'un point de vue cognitif que comportemental pourrait enrichir nos connaissances sur l'impact du moment du dévoilement sur les aspects individuels et relationnels dans le couple.

La participation des victimes et des conjoints à la présente recherche a été bien tolérée. Les témoignages reçus à la suite des deux moments d'évaluation indiquent que malgré la charge potentiellement émotive liée à l'expérience d'évaluation, les participantes ont trouvé l'expérience valable et intéressante. Leur désir de participer à la présente étude a semblé nourri par deux objectifs, soit de trouver des réponses à certaines difficultés relationnelles qu'ils vivaient et de favoriser une meilleure connaissance de la problématique et de ses implications au point de vue personnel et relationnel. Ces observations rejoignent l'étude de Griffin, Resick, Waldorf et Mechanic (2004) qui indique que même s'il s'agit de questions extrêmement intimes et très chargées émotionnellement, les survivants de traumatisme impliquant de la violence interpersonnelle, incluant des victimes d'agression sexuelle, ne sont pas trop fragiles pour participer à des recherches sur l'impact du traumatisme.

Implications cliniques

Il n'existe que très peu de ressources pour sensibiliser les victimes et les personnes significatives de l'entourage au sujet des conséquences de l'agression et sur la façon d'agir pour les aider à s'en sortir. Nous croyons que les interventions devraient être de différents niveaux :

(1) la thérapie de couple ou la thérapie individuelle impliquant le conjoint dans un processus thérapeutique à un moment choisi du traitement (Guay, Billette, St-Jean-Trudel, Marchand, et Mainguy, 2004) ; (2) lors de l'intervention de crise, une sensibilisation de l'ensemble des personnes significatives au sujet des symptômes liés à l'agression et aux moyens de soutenir le couple dans sa démarche de retour à la communication ; (3) la création de groupes d'éducation et de sensibilisation pour les " aidants naturels " incluant les conjoints afin de les informer sur la façon de mieux répondre aux besoins des victimes et d'identifier les meilleurs moyens à prendre pour favoriser leur rétablissement : les écouter, leur manifester de l'empathie, les valider dans l'expression de leurs sentiments, leur donner du temps pour gérer l'événement comme elles l'entendent ; ne pas les blâmer, ne pas les contrôler, ne pas les stigmatiser, ne pas les traiter différemment. Les conjoints devraient également pouvoir exprimer leurs propres sentiments face à l'événement et leur besoin de s'impliquer activement et ils devraient apprendre comment ne pas prendre la responsabilité à la place des victimes.

En somme, l'impact du moment du dévoilement de l'agression sexuelle sur les relations du couple est complexe, produisant des résultats mixtes selon les variables à l'étude. Les facteurs relationnels comme les réactions sociales, l'absence d'intimité du couple et l'absence de soutien social semblent être présents dans l'insatisfaction conjugale. D'ailleurs, la participation ou non des conjoints à l'étude a permis de constater que les victimes dont les conjoints n'ont pas participé vivent davantage de détresse que celles dont le dévoilement fut précoce, détresse qui se

manifeste dans la perception d'être davantage blâmées, de recevoir moins d'aide tangible et de soutien émotionnel.

Nous espérons donc que les résultats de cette étude contribueront à une meilleure sensibilisation auprès de la communauté en général et des professionnels qui travaillent auprès de cette population afin de privilégier, dans un premier temps, des interventions immédiates, c'est-à-dire peu après l'intervention de crise, comme le suggèrent plusieurs recherches et, dans un deuxième temps, des interventions de plus longue haleine pour les couples en situation de détresse depuis une plus longue période. En favorisant le rétablissement de l'harmonie du couple ainsi que leur bien-être individuel, ces interventions concertées auront un impact certain sur les coûts sociaux qu'entraînent les diverses conséquences de l'agression sexuelle.

Références

- Aherns, C. E. (2002). Silent and Silenced : The disclosure and non-disclosure of sexual assault. *A thesis submitted in the graduate college of the University of Illinois*. In partial partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy in psychology. University of Chicago.
- Aherns, C. E. et Campbell, R. (2000). Assisting rape victims as they recover from rape: The impact on friends. *Journal of Interpersonal Violence*, 15, 9 959-986.
- Andrews, B., Brewin, C. R., et Rose, S. (2003). Gender, social support and PTSD in victims of violent crime. *Journal of traumatic Stress*, 16, 4, 421-427.
- Brillon, P. et Marchand, A. (1997). Survivre à une agression sexuelle: symptomatologie post-traumatique et dépression. *Revue québécoise de psychologie*, 18, 3, 125-146.
- Brillon, P. (2004). Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique: Guide à l'intention des thérapeutes. Montréal :Les Éditions Québecor.
- Broman, C. L., Riba, M. L. et Tahan, M. R. (1996). Traumatic events and marital well-being. *Journal of Marriage and the Family*, 58, 908-916.
- Burt, M. R. (1980). Cultural myths and support for rape. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 217-230.

- Campbell, R., Aherns, C. E., Self, T., Wasco, S. M. et Barnes, H. E. (2001). Social reactions to rape victims: Healing and hurtful effects on psychological and physical outcomes. *Violence and Victims*, 16, 3, 287-302.
- Chesler, P. (1972). *Women and madness*. New York: Garden City Press.
- Cwik, M. S. (1996). The many effects of rape: the victim, her family and suggestions for family therapy. *Family Therapy*, 23, 95-115.
- Dunkel-Schetter, C. (1984). Social support and cancer: Findings based on patients interviews and their implications. *Journal of Social Issues*, 40, 77-98.
- Dunn, P. C., Vail-Smith, K., et Knights, M. (1999). What date/acquaintance rape victims tell others: a study of college student recipients of disclosure. *Journal of American College Health*. 47, 5, 213-219.
- Figley, C. R. (1989). *Helping traumatized families*. Volume 1-2. New York: Brunner Mazel.
- Foa, E. B., et Riggs, D. S. (1995). Posttraumatic stress disorder following assault: theoretical considerations and empirical findings. *Current Directions*, 4, 61-65.
- Follette, V. M.; Plusny, M. A.; Bechtle, A. E.; et Naugle, A. E. (1996). Cumulative trauma: The impact of child sexual abuse, adult sexual assault and spouse abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 1, 25-35.

- Guay, S., Billette, V. et Marchand, A. (2002). Soutien social et trouble de stress post-traumatique : Théories, pistes de recherche et recommandations cliniques. *Revue Québécoise de Psychologie*, 23, 3, 165-184.
- Guay, S., Billette, V., St-Jean-Trudel, E., Marchand, A. et Mainguy, N. (2004). Thérapie de couple et trouble de stress post-traumatique. *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 4, 81-88.
- Griffin, M. G., Resick, P. A., Waldorf, A. E., et Mechanic, M. (2004). Participation in trauma research: Is there evidence of harm? *Journal of Traumatic stress* 16, 3, 221-227.
- Hammen, C. L. (1991). The generation of stress in the course of unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 647-656.
- Harris, C. J. (1989). A family crisis-intervention model for the treatment of post-traumatic stress reaction. *Journal of traumatic stress*, 4, 195-207.
- Janoff-Bulman, R. (1985). The aftermath of victimization: Rebuilding shattered assumption. Dans C. R. Figley, (ed.), *Trauma and its wake*, vol. 1: the study and the treatment of post-traumatic stress disorder. New York : Brunner/ Mazel.
- Johnson, R., Hobfoll, S. E. et Zalcberg-Linetzy, A. (1993). Social support knowledge and behavior and relational intimacy: a dyadic study. *Journal of Family Psychology*, 6, 3, 266-277.
- Julien, D., Cossette, L., Léveillé, S. et Pizzamiglio, T. (1990). L'inexpressivité masculine: des mythes et des faits. *Santé Mentale au Québec*, 15, 1, 165-180.

- Kaniasty, K. et Norris, H. F. (1992). Social support and victims of crime: Matching event, support and outcome. *American Journal of Community Psychology*, 20, 2, 211-235.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. et Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National comorbidity survey. *Archives of General psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kilpatrick, D. G. et Veronen, L. J. (1983). *The aftermath of rape: A three-year follow-up*. Paper presented at the world congress of behavior therapy, 17th annual convention of the association for the advancement of behavior therapy, Washington, DC.
- Klinetob, N. A. et Smith, D. A. (1996). Demand-Withdraw communication in marital interaction: Tests of interspousal contingency and gender role hypotheses. *Journal of Marital and the Family*, 58, 945-957.
- McAuslan, P. (1998). After sexual assault: the relationship between women's disclosure, reactions of others, and health. *A dissertation submitted to the graduate school of Wayne State university*. In partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy. Detroit, Michigan.
- Miller, W. R., Williams, A. M. et Bernstein, M. H. (1982). The effects of rape on marital and sexual adjustment. *The American Journal of Family Therapy*, 10, 51-58.
- Mio, J. et Foster, J. D. (1991). The effects of rape upon victims and families: implications for comprehensive family therapy. *The American Journal of Family Therapy*, 19, 147-159.

- Mitchell, M. E. (1991). A family approach and network implications of therapy for victims of violence and applied in case of rape. *Journal of Family Psychotherapy*, 2, 1-13.
- Nelson, B. S. et Wampler, K. S. (2000). Systemic effects of trauma in clinic couples: An exploratory study of secondary trauma resulting from childhood abuse. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26, 2, 171-184.
- Norton, H. S. (1995). Intimacy and relationship satisfaction in heterosexual, gay male and lesbian couples. *A dissertation submitted to the Massachusetts school of professional psychology graduate board*. In partial fulfillment of the requirement for the degree doctor of philosophy. Massachusetts.
- Resick, P. A. (1993). The psychological impact of rape. *Journal of interpersonal violence*, 8, 2, 223-255.
- Riggs, D. S., Byrne, C. A., Weathers, F. W. et Litz, B. T. (1998). The quality of the intimacy relationships of male vietnam veterans: problems associated with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 1, 87- 101.
- Rodkin, L. I. & Hunt, E. J. et Cowan, S. D. (1982). A men's support group for significant others of rape victims. *Journal of Marital and Family Therapy*, 8, 91-97.
- Statistique Canada (1997). L'Enquête sur la violence envers les femmes. Résumé des principaux résultats de l'enquête. *Le Quotidien*, numéro de catalogue 85F0018XIF, Ottawa, Canada: Ministère de l'industrie, des sciences et de la technologie.

- Thelen, M. H., Sherman, M. D. et Borst, T. S. (1998). Fear of intimacy and attachment among rape survivors. *Behavior Modification*, 22, 108-116.
- Thelen, M. H., Vander Wal, J. S., Thomas, A. M. et Harmon, R. (2000). Fear of intimacy among dating couples. *Behavior Modification*, 24, 2, 223-240.
- Turgeon, L. et Boivert, Jean-Marie (1997). Le pouvoir conjugal et l'évitement des conflits chez les hommes. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*. 29, 112-121.
- Ulman, S. E. (1996b). Social reactions, coping strategies, and self-blame attributions in adjustment to sexual assault. *Psychology of Women Quarterly*, 20, 505-526.
- Ulman, S. E. (1999). Social support and recovery from sexual assault: A review. *Aggression and Behavior*, 4, 3, 343-358.
- Ulman, S. E. (2000). Psychometric characteristics of the Social Reactions Questionnaire: A measure of reactions to sexual assault victims. *Psychology of Women Quarterly*, 24, 169-183.
- Ulman, S. E. et Filipas, H. H. (2001). Predictors of PTSD symptom severity and social reactions in sexual assaults victims. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 369-389.
- Watlington, C., Zoellner, L. A. et Foa, E. B. (1998). The role of intimacy, loneliness, and social support in trauma recovery. Poster presented at the 32 nd Annual association for the advancement of behavior therapy convention, Washington, DC.

Weiss, R. (1976). Transition states and others stressful situations: their nature and programs for their management. In G. Caplan and M. Killilea (Eds), *Support systems and mutual help: Multidisciplinary explorations*. New York: Grune et Stratton.

Zoellner, L. A., Foa, E. B. et Bartholomew, D. B. (1999). Interpersonal friction and PTSD in female victims of sexual and nonsexual assault. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 4, 689-700.

APPENDICE A

FROMULAIRE DE CONSENTEMENT VERSION VICTIMES

Formulaire d'information et Consentement

Pour la victime

Titre de la recherche

ÉVALUATION DES CONSÉQUENCES DE L'AGRESSION SEXUELLE CHEZ LA VICTIME

Christiane Khouzam, psychologue et sexologue, intervenante à la clinique pour les victimes d'agression sexuelle de l'hôpital Hôtel-Dieu de Montréal du CHUM, doctorante en psychologie à l'Université du Québec à Montréal. André Marchand, psychologue, directeur du laboratoire d'étude du trauma et professeur à l'Université du Québec à Montréal

Nature et objectif de la recherche

On vous demande de participer à un projet recherche qui porte sur l'évaluation de l'impact de l'agression sexuelle sur l'intimité, la satisfaction conjugale et sexuelle dans le couple et sur le soutien social offert et reçu par votre partenaire.

Cette recherche vise à obtenir des informations sur les conséquences psychologiques, et sexuelles de l'agression sexuelle chez les victimes et chez leurs partenaires. Dans ce but, nous demandons à la victime et à son partenaire de bien vouloir répondre à une série de questions. En connaissant mieux l'impact de l'agression sexuelle, il sera possible d'élaborer des interventions plus adéquates et adaptées aux besoins des couples que nous aurons identifiés.

Ce projet de recherche est réalisé par Christiane Khouzam, psychologue et sexologue, intervenante à la clinique pour les victimes d'agression sexuelle de l'hôpital Hôtel-Dieu de Montréal du CHUM dans le cadre d'une thèse de doctorat en psychologie à l'Université

du Québec à Montréal sous la direction de monsieur André Marchand, psychologue, directeur du laboratoire d'étude du trauma et professeur à la même université.

Afin d'être informé de la nature de votre participation, il est important de bien lire ce formulaire et de poser les questions que vous désirez avant de le signer.

Déroulement de l'étude

Le déroulement sera le même pour la victime ainsi que pour son, sa partenaire

Première étape de l'étude

Au cours de cette étape, nous vous demanderons de rencontrer madame Khouzam pour évaluer votre niveau de stress suite au dévoilement à votre partenaire de l'événement traumatique. Votre partenaire, quant à lui ou elle, rencontrera madame Valéry Billette (assistante de recherche) pour une entrevue d'évaluation.

Lors de votre rencontre avec madame Khouzam vous aurez également à répondre à certaines questions portant sur des stress antérieurs. Cette rencontre déterminera votre assignation à l'un des trois groupes de recherche suivants : une condition comprenant des victimes qui ont dévoilé l'événement de façon précoce, une condition comprenant des victimes qui ont dévoilé l'événement de façon tardive.

Immédiatement après votre entretien avec les évaluateurs, on vous demandera de répondre à 10 questionnaires. Cette tâche est accomplie dans un bureau à l'Université du Québec à Montréal. Nous apprécierions que vous répondiez à tous les items des questionnaires. Cette activité prend environ une quarantaine de minutes.

Deuxième étape de l'étude

Votre participation se limite à répondre de nouveau, à votre domicile, à tous les items des mêmes questionnaires **4 mois après la première rencontre.**

Il n'y a ni bonnes ni mauvaises réponses. Pour ne pas influencer vos réponses, nous vous demandons de répondre individuellement aux questionnaires, de ne pas consulter votre partenaire, ni d'échanger avec lui pendant que vous répondez aux questionnaires.

Participation volontaire et droit de retrait

Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de répondre aux entrevues et aux questionnaires ou de cesser d'y répondre en tout temps en faisant connaître votre décision aux chercheurs. Les responsables de la recherche peuvent interrompre, sans votre consentement, votre participation à l'étude s'ils estiment que votre état physique ou psychologique pourrait s'aggraver par votre participation à la recherche.

Risques et Inconvénients

Il est possible que le fait de répondre à certaines questions, suscite certains souvenirs ou émotions désagréables comparables à ce que vous avez déjà éprouvé jusqu'à ce jour dans diverses situations. Dans ce cas, un support psychologique vous sera offert.

Avantages

Il n'y a aucun avantage pour vous de participer à ce projet de recherche si ce n'est la satisfaction d'avoir contribué à augmenter nos connaissances dans le domaine de recherche. En connaissant mieux l'impact de l'agression physique ou sexuelle, il sera possible d'élaborer des interventions plus adéquates et adaptées aux besoins des couples.

Personnes Ressources

Si vous avez des questions, des commentaires ou des objections nous vous invitons à les exprimer à monsieur André Marchand au numéro suivant : (514) 987-3000 poste 8439 ou à madame Khouzam au numéro suivant ; (514) 987-3000 poste 5648. La

personne responsable des plaintes sur le campus de l'Hôtel-Dieu de Montréal est madame Esther Léonard au (514) 890-8000 poste 12761

Confidentialité.

Un code numérique sera indiqué à la place de votre nom sur chaque questionnaire, il comprendra l'indication TSPT ainsi que les quatre derniers chiffres de votre numéro de téléphone. Par exemple : pour les victimes on indiquera "TSPT 3000". Ceci rend donc impossible toute identification et ce même pour le personnel de la recherche. Toutes les informations que vous donnerez à madame Khouzam seront confidentielles. Ces informations, les données comprenant les questionnaires seront détruits après la fin de l'étude.

Compensation

Une compensation de 100\$ vous sera remise à la réception des questionnaires, lors de la première et de la deuxième étape.

Consentement

Je déclare avoir lu et compris le présent formulaire de consentement, particulièrement quant à la nature de ma participation au projet de recherche et l'étendue des risques qui en découlent. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à toutes mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens librement et volontairement à participer à ce projet. On me remettra une copie signée du présent formulaire.

En signant le présent formulaire, je ne renonce à aucun de mes droits légaux ni ne libère le chercheur, l'hôpital ou le commanditaire de leur responsabilité civile et professionnelle.

Nom du, de la participant(e)

Signature du, de la participant(e)

Date

Nom du témoin

Signature du témoin

Date

Déclaration du chercheur

Je certifie avoir expliqué au participant la nature du projet de recherche ainsi que le contenu du présent formulaire, avoir répondu à toutes ses questions et avoir indiqué qu'il demeure à tout moment libre de mettre un terme à sa participation. Je lui remettrai une copie signée du présent formulaire de consentement.

Nom du, de la chercheur(e)

Signature du, de la chercheur(e)

Date

APPENDICE B

FROMULAIRE DE CONSENTEMENT VERSION CONJOINTS

Formulaire d'information et Consentement

Pour le, la conjoint, te

Titre de la recherche

ÉVALUATION DES CONSÉQUENCES DE L'AGRESSION SEXUELLE CHEZ LE CONJOINT D'UNE VICTIME

Christiane Khouzam, psychologue et sexologue, intervenante à la clinique pour les victimes d'agression sexuelle de l'hôpital Hôtel-Dieu de Montréal du CHUM, doctorante en psychologie à l'Université du Québec à Montréal

André Marchand, psychologue, directeur du laboratoire d'étude du trauma et professeur à l'Université du Québec à Montréal

Nature et objectif de la recherche

On vous demande de participer à un projet recherche qui porte sur l'évaluation de l'impact de l'agression sexuelle sur l'intimité, la satisfaction conjugale et sexuelle dans le couple et sur le soutien social offert et reçu par votre partenaire.

Cette recherche vise à obtenir des informations sur les conséquences psychologiques, et sexuelles de l'agression sexuelle chez les victimes et chez leurs partenaires. Dans ce but, nous demandons à la victime et à son, sa partenaire de bien vouloir répondre à une série de questions. En connaissant mieux l'impact de l'agression sexuelle, il sera possible d'élaborer des interventions plus adéquates et adaptées aux besoins des couples que nous aurons identifiés.

Ce projet de recherche est réalisé par Christiane Khouzam, psychologue et sexologue, intervenante à la clinique pour les victimes d'agression sexuelle de l'hôpital Hôtel-Dieu de Montréal du CHUM dans le cadre d'une thèse de doctorat en psychologie à l'Université du Québec à Montréal sous la direction de monsieur André Marchand,

psychologue, directeur du laboratoire d'étude du trauma et professeur à la même université.

Afin d'être informé de la nature de votre participation, il est important de bien lire ce formulaire et de poser les questions que vous désirez avant de le signer.

Déroulement de l'étude

Le déroulement sera le même pour la victime ainsi que pour son, sa partenaire.

Première étape de l'étude

Au cours de cette étape, nous vous demanderons de rencontrer madame Valery Billette (assistante de recherche) pour évaluer votre niveau de stress suite au dévoilement de l'événement traumatique survenu à votre partenaire. Votre partenaire quant à elle ou lui, rencontrera madame Khouzam pour une entrevue d'évaluation.

Lors de votre rencontre avec madame Billette vous aurez également à répondre à certaines questions portant sur des stress antérieurs. Cette rencontre déterminera votre assignation à l'un des deux conditions de recherche suivantes : une condition comprenant des conjoints pour qui le dévoilement s'est fait de façon précoce, une condition comprenant des conjoints pour qui le dévoilement l'événement s'est fait tardivement.

Immédiatement après votre entretien avec l'évaluatrice, on vous demandera de répondre à 10 questionnaires. Cette tâche est accomplie dans un bureau à l'Université du Québec à Montréal. Nous apprécierions que vous répondiez à tous les items des questionnaires. Cette activité prend environ une quarantaine de minutes.

Deuxième étape de l'étude

Votre participation se limite à répondre de nouveau, à votre domicile, à tous les items des mêmes questionnaires 4 mois après la première rencontre.

Il n'y a ni bonnes ni mauvaises réponses. Pour ne pas influencer vos réponses, nous vous demandons de répondre individuellement aux questionnaires, de ne pas

consulter votre partenaire, ni d'échanger avec elle pendant que vous répondez aux questionnaires.

Participation volontaire et droit de retrait

Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de répondre aux entrevues et aux questionnaires ou de cesser d'y répondre en tout temps en faisant connaître votre décision aux chercheurs. Les responsables de la recherche peuvent interrompre, sans votre consentement, votre participation à l'étude s'ils estiment que votre état physique ou psychologique pourrait s'aggraver par votre participation à la recherche.

Risques et Inconvénients

Il est possible que le fait de répondre à certaines questions, suscite certains souvenirs ou émotions désagréables comparables à ce que vous avez déjà éprouvé jusqu'à ce jour dans diverses situations. Dans ce cas, un support psychologique vous sera offert.

Avantages

Il n'y a aucun avantage pour vous de participer à ce projet de recherche si ce n'est la satisfaction d'avoir contribué à augmenter nos connaissances dans le domaine de recherche. En connaissant mieux l'impact de l'agression physique ou sexuelle, il sera possible d'élaborer des interventions plus adéquates et adaptées aux besoins des couples.

Personnes Ressources

Si vous avez des questions, des commentaires ou des objections nous vous invitons à les exprimer à monsieur André Marchand au numéro suivant : (514) 987-3000 poste 8439 ou à madame Khouzam au numéro suivant ; (514) 987-3000 poste 5648. La personne responsable des plaintes sur le campus de l'Hôtel-Dieu de Montréal est madame Esther Léonard au (514) 890-8000 poste 12761

Confidentialité.

Un code numérique sera indiqué à la place de votre nom sur chaque questionnaire, il comprendra l'indication RSPT, ainsi que les quatre derniers chiffres de votre numéro de téléphone. Par exemple : pour les partenaires on indiquera "RSPT 3000. Ceci rend donc impossible toute identification et ce même pour le personnel de la recherche. Toutes les informations que vous donnerez à madame Billette seront confidentielles. Ces informations, les données comprenant les questionnaires seront détruits après la fin de l'étude.

Compensation

Une compensation de 100\$ vous sera remise à la réception des questionnaires, lors de la première et de la deuxième étape.

Consentement

Je déclare avoir lu et compris le présent formulaire de consentement, particulièrement quant à la nature de ma participation au projet de recherche et l'étendue des risques qui en découlent. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à toutes mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens librement et volontairement à participer à ce projet. On me remettra une copie signée du présent formulaire.

En signant le présent formulaire, je ne renonce à aucun de mes droits légaux ni ne libère le chercheur, l'hôpital ou le commanditaire de leur responsabilité civile et professionnelle.

Nom du, de la participant(e)

Signature du, de la participant(e)

Date

Nom du témoin

Signature du témoin

Date

Déclaration du chercheur

Je certifie avoir expliqué au participant la nature du projet de recherche ainsi que le contenu du présent formulaire, avoir répondu à toutes ses questions et avoir indiqué qu'il demeure à tout moment libre de mettre un terme à sa participation. Je lui remettrai une copie signée du présent formulaire de consentement.

Nom du, de la chercheur(e)

Signature du, de la chercheur(e)

Date

APPENDICE C

ENTREVUE CLINIQUE SCID PRÉSENT

VERSION VICTIMES

**ÉVALUATION CHEZ LE, LA PARTENAIRE D'UNE VICTIME
DES CONSÉQUENCES D'UNE AGRESSION SEXUELLE**

Évaluation clinique

Groupe:

Nom et prénom _____

- Code

__T__/_S__/_P__/_T__/_/_/_/_/_/

Date de passation

_____/_____/_____
jour mois année

Adresse: _____ **No de tel: (____)** _____

Questionnaire socio-démographique

1- Code

____/____/____/____/____/____/____/____

2- Sexe

☐ F
☐ M

3- Âge

____ ans

4- Date de passation

____/____/____
jour mois année

5- Niveau d'éducation le plus élevé obtenu ou en cours

☐ Secondaire ☐ Collégiale ☐ Certificat ☐ Baccalauréat ☐ Maîtrise ☐ Doctorat

6- Statut civil

☐ Marié (e) ☐ Union de fait ☐ Séparé (e) /
Divorcé (e) ☐ Célibataire ☐ Veuf (ve) ☐ relation amoureuse

7- Année(s) de vie commune

____ ans ____ mois

8- Nombre d'enfants dont vous êtes le parent _____
Nombre d'enfants habitant avec vous _____

9- Travail

☐ Temps complet ☐ Temps partiel ☐ Pas de travail rémunéré

10- Si vous travaillez

Depuis combien de temps _____ ans _____ mois Type d'emploi _____
(emploi actuel)

11- Source de Revenu

☐ Travail ☐ Prestation d'assurance chômage ☐ Accident du travail (CSST)
☐ Aide social ☐ Victime d'acte criminel ☐ Pension alimentaire
☐ Accident de la route (RAAQ) ☐ Autres (prêts, bourse, etc.)

12- Niveau de Revenu (personnel Annuel Brut)

☐ moins de 5000\$ ☐ 10 000 à 19 999\$ ☐ 30 000 à 39 999\$ ☐ 50 000 à 59 999\$
☐ 5000 à 9999\$ ☐ 20 000 à 29 999\$ ☐ 40 000 à 49 999\$ ☐ 60 000 et plus

13- Niveau de Revenu familial

☐ moins de 5000\$ ☐ 10 000 à 19 999\$ ☐ 30 000 à 39 999\$ ☐ 50 000 à 59 999\$
☐ 5000 à 9999\$ ☐ 20 000 à 29 999\$ ☐ 40 000 à 49 999\$ ☐ 60 000 et plus

14- Nom et prénom : _____

Adresse : _____

No de tél.: _____

CRITÈRES DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

AU COURS DE L'INTERROGATOIRE
SUIVANT, METTRE L'ACCENT SUR LES
ÉVÉNEMENTS MENTIONNÉS EN
RÉPONSE À LA QUESTION CI-DESSUS.

A. Le sujet a été exposé à un ou à plusieurs
événements traumatisants répondant aux
critères suivants :

SI LE SUJET A MENTIONNÉ PLUS D'UN
TRAUMATISME : Lequel de ces
événements vous a le plus affecté(e) ?

(1) Événement traumatisant que le sujet a
vécu ou dont il a été témoin et au cours
duquel il y a eu mort ou menace de mort
ou de blessures sérieuses ou au cours
duquel la santé du sujet ou celle d'autres
personnes a été menacée.

? 1 2 3 F105

PASSER À LA
PAGE F.35
(ANXIÉTÉ
GÉNÉRALISÉE)

DANS LE DOUTE : Qu'avez-vous
éprouvé quand (PRÉCISER LA NATURE
DE L'ÉVÉNEMENT TRAUMATISANT) ?
(Avez-vous eu très peur ou encore, avez-
vous ressenti de l'horreur ou de
l'impuissance ?

(2) Événement au cours duquel le sujet a
éprouvé une grande peur ou un vif
sentiment d'horreur ou d'impuissance.

? 1 2 3 F106

PASSER À LA
PAGE F.35
(ANXIÉTÉ
GÉNÉRALISÉE)

Maintenant, j'aimerais vous poser
quelques questions concernant les effets
précis que ce ou ces événements ont pu
avoir sur vous.

B. L'événement traumatisant est
constamment revécu comme en témoigne la
présence d'une ou de plusieurs des
manifestations suivantes :

Par exemple...

... Avez-vous pensé malgré vous à
(PRÉCISER LA NATURE DE
L'ÉVÉNEMENT TRAUMATISANT) ou
le souvenir de cet événement vous
est-il revenu à l'esprit tout à coup,
sans que vous l'ayez souhaité ?

(1) souvenirs répétitifs et envahissants de
l'événement, y compris des visions, des
pensées ou des sensations, provoquant un
sentiment de détresse chez le sujet;

? 1 2 3 F107

Y avez-vous rêvé ?

(2) rêves répétitifs concernant
l'événement, provoquant un sentiment de
détresse;

? 1 2 3 F108

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

Vous est-il arrivé d'agir, ou de vous sentir, comme si vous étiez en train de revivre ce ou ces événements ?

(3) impression ou agissement soudain « comme si » l'événement traumatisant allait se reproduire (p. ex., sentiment de revivre l'événement, illusions, hallucinations et épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication);

? 1 2 3

Vous est-il arrivé d'être très bouleversé(e) quand quelque chose vous rappelait ce ou ces événements ?

(4) sentiment intense de détresse quand le sujet est exposé à certains signaux internes ou externes évoquant certains aspects de l'événement traumatisant ou symbolisant celui-ci;

? 1 2 3

F110

Vous est-il arrivé d'éprouver des symptômes physiques — p. ex. de vous mettre à transpirer abondamment ou à respirer de façon laborieuse ou irrégulière ou encore, de sentir votre coeur battre très fort ?

(5) réactions physiologiques à certains signaux internes ou externes évoquant certains aspects de l'événement traumatisant ou symbolisant celui-ci.

? 1 2 3

F111

AU MOINS UNE DES MANIFESTATIONS ÉNUMÉRÉES EN "B" EST COTÉE "3".

1 3

F112

PASSER À LA
PAGE F.35
(ANXIÉTÉ
GÉNÉRALISÉE)

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

Depuis (PRÉCISER LA NATURE DE L'ÉVÉNEMENT TRAUMATISANT)...

C. Évitement persistant des stimuli associés au traumatisme ou émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :

...avez-vous fait votre possible pour éviter de penser ou de parler de ce qui s'était passé ?

(1) efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme;

?	1	2	3	F113
---	---	---	---	------

...avez-vous tout fait pour éviter les choses ou les gens qui vous rappelaient cet événement ?

(2) effort pour éviter les activités, les lieux ou les personnes qui éveillent des souvenirs du traumatisme;

?	1	2	3	F114
---	---	---	---	------

...avez-vous été incapable de vous rappeler certains détails importants de ce qui était arrivé ?

(3) incapacité de se rappeler un aspect important du traumatisme;

?	1	2	3	F115
---	---	---	---	------

...avez-vous ressenti beaucoup moins d'intérêt pour des activités qui vous tenaient à coeur auparavant, comme rencontrer des amis, lire, regarder la télévision ?

(4) réduction nette de l'intérêt pour des activités ayant une valeur significative ou de la participation à de telles activités;

?	1	2	3	F116
---	---	---	---	------

**...vous êtes-vous senti(e) détaché(e)
ou dépourvu(e) de liens avec les
autres ?**

(5) sentiment de détachement ou d'éloignement à l'égard des autres;

?	1	2	3	F117
---	---	---	---	------

...vous êtes-vous senti(e) comme engourdi(e), comme si vous n'éprouviez plus grand-chose pour qui que ce soit ou pour quoi que ce soit ?

(6) restriction des affects (p.ex., incapacité à éprouver de l'amour ou de l'affection);

?	1	2	3	F118
---	---	---	---	------

...avez-vous l'impression que vous ne voyez plus l'avenir de la même façon, que vos projets ont changé ?

(7) sentiment que l'avenir est « bouché », p.ex., pense ne pas pouvoir faire de carrière, se marier, avoir des enfants ou vivre longtemps.

7	1	2	3	F119
---	---	---	---	------

AU MOINS 3 DES MANIFESTATIONS ÉNUMÉRÉES EN "C" SONT COTÉES "3".

1	3	F120
---	---	------

**PASSER À LA
PAGE F.35
(ANXIÉTÉ
GÉNÉRALISÉE)**

Depuis (PRÉCISER LA NATURE DE L'ÉVÉNEMENT TRAUMATISANT)...

D. Présence de symptômes persistants traduisant une hyperactivité neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :

...avez-vous éprouvé de la difficulté à dormir (Quel genre de difficultés ?)

(1) difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu;

? 1 2 3 F121

...vous êtes-vous montré(e) plus irritable qu'avant ? Plus colérique ?

(2) irritabilité ou accès de colère;

? 1 2 3 F122

...avez-vous eu de la difficulté à vous concentrer ?

(3) difficultés de concentration;

? 1 2 3 F123

...avez-vous tendance à rester sur vos gardes à être plus méfiant(e), même quand vous n'avez aucune raison de l'être ?

(4) hypervigilance;

? 1 2 3 F124

...avez-vous eu plus tendance à sursauter, par exemple, par suite d'un bruit soudain ?

(5) réaction de sursaut exagérée.

? 1 2 3 F125

AU MOINS 2 DES MANIFESTATIONS ÉNUMÉRÉES EN "D" SONT COTÉES "3".

1 3 F126

PASSER À LA
PAGE F.35
(ANXIÉTÉ
GÉNÉRALISÉE)

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

Pendant combien de temps avez-vous éprouvé ce genre de difficultés (NOMMER LES SYMPTÔMES QUI SE SONT MANIFESTÉS CHEZ LE SUJET) ?

E. La perturbation (symptômes B, C et D) persiste pendant plus d'un mois.

? 1 2 3

F127

POUR DIAGNOSTIQUER UN ÉTAT DE STRESS AIGU, PASSER À LA PAGE J.1 (MODULE FACULTATIF)

SINON, PASSER À LA PAGE F.35 (ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE)

F. La perturbation entraîne une détresse ou un handicap importants sur le plan social, professionnel ou autre.

? 1 2 3

F128

PASSER À LA PAGE F.35 (ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE)

LES CRITÈRES A, B, C, D, E ET F DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE SONT COTÉS "3".

? 1 2 3

F129

PASSER À LA PAGE F.35 (ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE)

ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

(ÉXS)

Encerclez un des chiffres à droite de chaque énoncé indiquant combien de fois depuis l'âge de 14 ans vous avez vécu des expériences de nature sexuelle.

	0 jamais	1 une fois	2 deux fois	3 trois fois	4 quatre fois et plus
1. Avez-vous eu des jeux sexuels (caresses, baisers, attouchements, sans pénétration) que vous ne désiriez pas parce que vous étiez accablée par les arguments et les pressions continuels d'un homme?	0	1	2	3	4
2. Avez-vous eu des jeux sexuels (caresses, baisers, attouchements, sans pénétration) que vous ne désiriez pas parce qu'un homme a usé de son autorité (patron, professeur, superviseur, chef de camp, etc.) pour que vous le fassiez?	0	1	2	3	4
3. Avez-vous eu des jeux sexuels (caresses, baisers, attouchements, sans pénétration) que vous ne désiriez pas parce qu'un homme vous a menacé ou a usé d'une certaine force physique (tordre le bras, vous tenir par terre, etc.) pour que vous le fassiez?	0	1	2	3	4
4. Est-ce qu'un homme a tenté d'avoir des relations sexuelles *1 (embarquer sur vous, tenter d'insérer son pénis) que vous ne désiriez pas, en vous menaçant ou usant d'une certaine force physique (tordre le bras, jeter par terre, etc.) mais la relation n'a cependant pas eu lieu?	0	1	2	3	4
5. Est-ce qu'un homme a tenté d'avoir des relations sexuelles *1 (embarquer sur vous, tenter d'insérer son pénis) alors que vous ne le désiriez pas, en vous donnant de l'alcool ou de la drogue et que la relation n'a pas eu lieu?	0	1	2	3	4
6. Avez-vous eu dans des relations sexuelles que vous ne désiriez pas parce que vous étiez accablée par les arguments et les pressions continuels d'un homme?	0	1	2	3	4
7. Avez-vous eu des relations sexuelles que vous ne désiriez pas parce qu'un homme a usé de sa position d'autorité (patron, professeur, superviseur, chef de camp, etc.) pour que vous le fassiez?	0	1	2	3	4
8. Avez-vous eu des relations sexuelles que vous ne désiriez pas parce qu'un homme vous a incité à prendre de l'alcool ou de la drogue?	0	1	2	3	4
9. Avez-vous eu des relations sexuelles que vous ne désiriez pas parce qu'un homme vous a menacé ou a usé d'une certaine force physique (tordre le bras, jeter par terre, etc.) pour que vous le fassiez?	0	1	2	3	4
10. Avez-vous eu des activités sexuelles (anale ou orale ou pénétration avec un objet autre qu'un pénis) que vous ne désiriez pas parce qu'un homme vous a menacée ou a usé d'une certaine force physique (tordre le bras, jeter par terre, etc.) pour que vous le fassiez?	0	1	2	3	4

QUESTIONNAIRE SUR LA NATURE DE L'AGRESSION

Ce questionnaire tente d'évaluer les aspects entourant l'agression sexuelle que vous avez subie.

Veillez cocher la ou les réponses

1. Sexe : ☐ féminin ☐ masculin

2. Combien de jours se sont écoulés avant de vous présenter dans un organisme (centre d'aide, hôpital, clinique, CLSC, CAVAC, CALAC)
 - ☐ immédiatement après l'agression
 - ☐ 1 à 2 jours
 - ☐ 3 à 30 jours
 - ☐ au delà de 30 jours
 - ☐ je ne me suis jamais présenté

3. Quels types d'agression sexuelle avez-vous subie (vous pouvez avoir plus d'une réponse)
 - ☐ une agression sexuelle avec pénétration vaginale
 - ☐ une agression physique mais avec intention d'agression sexuelle
 - ☐ une agression physique
 - ☐ une agression sexuelle avec fellation (sucer le pénis)
 - ☐ une agression sexuelle avec sodomie (pénétration anale)
 - ☐ agression sexuelle sans pénétration (baisers, caresses, attouchements)
 - ☐ une agression avec l'utilisation d'objets

4. Avez-vous déclaré l'agression à la police? ☐ oui ☐ non

5. Quel est le nombre d'agresseur(s)? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 et plus

6. Quel lien aviez-vous avec l'agresseur?
 - ☐ un inconnu
 - ☐ une personne du voisinage
 - ☐ un ami
 - ☐ une connaissance
 - ☐ un ex-conjoint
 - ☐ un patron, collègue, professionnel
 - ☐ un conjoint
 - ☐ un autre : préciser _____

7. Votre conjoint a-t-il été la première personne à qui vous avez dévoilé l'événement?

☐ oui ☐ non

8. À quel moment avez-vous dévoilé l'événement à votre conjoint?

- ☐ immédiatement après
- ☐ quelques heures après
- ☐ quelques jours après
- ☐ quelques semaines après
- ☐ un mois à quelques années après

9. Si non, quel est la première personne a qui vous en avez parlé?

- ☐ à une sœur
- ☐ à ma mère
- ☐ à une amie
- ☐ à un ami
- ☐ à mon frère
- ☐ à mon père
- ☐ à une, à une professionnel (intervenant, médecin, policier, etc.)

10. Avez-vous déjà été victime d'une ou de plusieurs autres agressions (physique ou sexuelle) avant celle que vous déclarez lors de votre présente consultation?

☐ oui ☐ non

11. Si oui, de quels types d'agressions antérieures avez vous été victime?

- ☐ d'inceste
- ☐ de harcèlement sexuelle
- ☐ d'agression sexuelle
- ☐ d'agression physique mais avec intention d'agression sexuelle
- ☐ d'agression physique
- ☐ d'attouchements
- ☐ battue par mon conjoint

12. Avez-vous déjà été en traitement pour une agression physique ou sexuelle?

☐ oui ☐ non

13. Si oui, à quel âge _____ Pendant combien de temps avez-vous été suivie _____

14. Êtes-vous actuellement en traitement psychologique suite à votre agression?

☐ oui ☐ non

15. Quels types de traitements psychologiques suivez-vous?

- ☐ traitement de couple
- ☐ traitement individuel
- ☐ traitement de groupe

16. Quelle est la fréquences des rencontres individuelles que vous avez?

- ☐ deux fois semaine
- ☐ une fois semaine
- ☐ une fois aux quinze jours
- ☐ une fois par mois
- ☐ occasionnellement / selon les besoins

17. Combien de rencontres de couples vous avez reçues?

Minimum _____
Moyenne _____
Maximum _____

18. Combien de rencontres de groupes vous avez reçues?

Minimum _____
Moyenne _____
Maximum _____

19. Quelle est la nature des interventions thérapeutiques que vous avez reçues

- ☐ cognitive
- ☐ humaniste/existentielle
- ☐ psychodynamique
- ☐ féministe
- ☐ thérapie brève
- ☐ psychoéducation
- ☐ je ne sais pas
- ☐ autres préciser _____

20. Avez-vous reçu un traitement pharmacologique?

- ☐ non
- ☐ anxiolytiques
- ☐ antidépresseurs

21. Avant le dévoilement de l'événement, votre conjoint actuel a-t-il déjà été violent (physiquement et/ou verbalement) envers vous?

- ☐ oui, verbalement
☐ physiquement

22. Dans votre relation actuelle, avant le dévoilement de l'événement, est arrivé que votre conjoint

	oui	non
a) vous ridiculise en public	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) lance ou frappe un objet devant vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) vous pousse, vous secoue, vous bouscule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) vous lance quelque chose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) essaie de vous contrôler physiquement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) vous donne une gifle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) vous blesse durant une dispute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) vous donne une raclée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Si oui, combien de fois 1 à 5

a) vous ridiculise en public	(____ fois)
b) lance ou frappe un objet devant vous	(____ fois)
c) vous pousse, vous secoue, vous bouscule	(____ fois)
d) vous lance quelque chose	(____ fois)
e) essaie de vous contrôler physiquement	(____ fois)
f) vous donne une gifle	(____ fois)
g) vous blesse durant une dispute	(____ fois)
h) vous donne une raclée	(____ fois)

24. Sur une échelle de 0 à 10 jusqu'à quel point avez-vous déjà eu peur de votre conjoint?

APPENDICE D

ENTREVUE CLINIQUE SCID PRÉSENT ET PASSÉ

VERSION CONJOINTS

ÉVALUATION CHEZ LE, LA PARTENAIRE D'UNE VICTIME DES CONSÉQUENCES D'UNE AGRESSION SEXUELLE

Évaluation clinique

Groupe:

- Code

 R / S / T / S / / / / /

Date de passation

 / /
jour mois année

Questionnaire socio-démographique

1- Code

____/____/____/____/____/____/____/____

2- Sexe

☐ F
☐ M

3- Âge

____ ans

4- Date de passation

____/____/____
jour mois année

5- Niveau d'éducation le plus élevé obtenu ou en cours

☐ Secondaire ☐ Collégiale ☐ Certificat ☐ Baccalauréat ☐ Maîtrise ☐ Doctorat

6- Statut civil

☐ Marié (e) ☐ Union de fait ☐ Séparé (e) /
Divorcé (e) ☐ relation amoureuse
☐ Célibataire ☐ Veuf (ve)

7- Année(s) de vie commune

____ ans ____ mois

8- Nombre d'enfants dont vous êtes le parent _____
Nombre d'enfants habitant avec vous _____

9- Travail

☐ Temps complet ☐ Temps partiel ☐ Pas de travail rémunéré

10- Si vous travaillez

Depuis combien de temps _____ ans _____ mois Type d'emploi _____
(emploi actuel)

11- Source de Revenu

☐ Travail ☐ Prestation d'assurance chômage ☐ Accident du travail (CSST)
☐ Aide social ☐ Victime d'acte criminel ☐ Pension alimentaire
☐ Accident de la route (RAAQ) ☐ Autres (prêts, bourse, etc.)

12- Niveau de Revenu (personnel Annuel Brut)

☐ moins de 5000\$ ☐ 10 000 à 19 999\$ ☐ 30 000 à 39 999\$ ☐ 50 000 à 59 999\$
☐ 5000 à 9999\$ ☐ 20 000 à 29 999\$ ☐ 40 000 à 49 999\$ ☐ 60 000 et plus

13- Niveau de Revenu familial

☐ moins de 5000\$ ☐ 10 000 à 19 999\$ ☐ 30 000 à 39 999\$ ☐ 50 000 à 59 999\$
☐ 5000 à 9999\$ ☐ 20 000 à 29 999\$ ☐ 40 000 à 49 999\$ ☐ 60 000 et plus

14- Nom et prénom : _____

Adresse : _____

No de tél.: _____

Qu'as-tu éprouvé lors de l'agression?

As-tu eu très peur ou encore, as-tu ressenti de l'horreur ou de l'impuissance?

A. La personne a vécu un événement traumatique.

Spécifier: _____

- | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| 1) Victime ou témoin, mort possible ou réelle, blessures graves possibles ou réelles, intégrité physique menacée. | ? | 1 | 2 | 3 |
| 2) Réaction de peur intense, sentiment d'impuissance et d'horreur. | ? | 1 | 2 | 3 |

Maintenant je vais te poser quelques questions concernant des effets précis que l'incident que tu as vécu a pu avoir sur toi...

Après cette expérience

Est-ce que (CETTE EXPÉRIENCE) continue à revenir à ta pensée de quelque façon que ce soit?

Y as-tu rêvé?

T'est-il déjà arrivé d'agir ou de te sentir comme si tu retournais, tu revivais le moment de l'incident?

T'est-il déjà arrivé d'être très bouleversé, de te sentir vraiment pire quand quelque chose te rappelait l'incident?

Comment tu te sentais?

T'est-il arrivé d'éprouver des sx physiques - te mettre à transpirer abondamment ou à respirer de façon laborieuse ou irrégulière ou encore de sentir ton cœur battre très fort?

B. INTRUSIONS: L'incident est constamment revécu d'une ou plusieurs façons:

- | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| 1. souvenirs répétitifs et envahissants de l'incident, y compris des visions, des pensées ou des sensations provoquant un sentiment de détresse chez le sujet | ? | 1 | 2 | 3 |
| 2. rêves répétitifs concernant l'incident, provoquant un sentiment de détresse | ? | 1 | 2 | 3 |
| 3. impression ou agissement soudain "comme si" l'incident allait se reproduire (sentiment de revivre l'incident, illusions, hallucinations, flash-back, survenant au réveil ou au cours d'une intoxication) | ? | 1 | 2 | 3 |
| 4. sentiment intense de détresse quand le sujet est exposé à certains signaux internes ou externes évoquant certains aspects de l'incident ou symbolisant celui-ci | ? | 1 | 2 | 3 |
| 5. réactions physiologiques à certains signaux internes ou externes évoquant certains aspects de l'incident ou symbolisant celui-ci | ? | 1 | 2 | 3 |

AU MOINS 1 SX DE B EST PRÉSENT. ____/5 1 3

Après cette expérience

C. ÉVITEMENT Évitement persistant des stimuli associés à l'incident ou émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas le traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins 3 des manifestations suivantes:

faisait-tu ton possible pour éviter de penser ou de parler de ce qui s'était passé?

- | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| 1) efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme | ? | 1 | 2 | 3 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|

te tient-tu loin des choses ou des gens qui pourraient te rappeler cet incident?

2) efforts pour éviter les activités, les lieux ou les personnes qui éveillent des souvenirs du traumatisme

? 1 2 3

as-tu été incapable de te rappeler certains détails important de ce qui était arrivé?

3) incapacité de se rappeler un aspect important du traumatisme

? 1 2 3

as-tu ressenti beaucoup moins d'intérêt pour des activités qui te tenaient à coeur auparavant, comme rencontrer tes amis, lire, regarder la télévision?

4) réduction nette de l'intérêt pour des activités ayant une valeur significative ou de la participation à de telles activités

? 1 2 3

t'es-tu senti détaché ou dépourvu de liens avec les autres?

5) sentiment de détachement ou d'éloignement à l'égard des autres

? 1 2 3

t'es-tu senti comme engourdi, comme si tu n'éprouvais plus grand-chose pour qui que ce soit ou pour quoi que ce soit?

6) restriction des affects (incapacité à éprouver de l'amour ou de l'affection)

? 1 2 3

avais-tu l'impression que tu ne voyais plus l'avenir de la même façon, que tes projets ont changé? (de manière négative)

7) sentiments que l'avenir est "bouché" (penser ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants ou vivre longtemps)

? 1 2 3

AU MOINS 3 SX DE C SONT COTÉS "3". 7

1 3

Après cette expérience

D. HYPERACTIVITÉ NEUROVÉGÉTATIVE:
symptômes persistants traduisant une hyperactivité neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme)

as-tu éprouvé de la difficulté à dormir? (quel genre de difficultés?)

1) difficultés à s'endormir ou sommeil interrompu

? 1 2 3

t'es-tu montré plus irritable qu'avant? Plus colérique?

2) irritabilité ou accès de colère

? 1 2 3

as-tu eu de la difficulté à te concentrer?

3) difficultés de concentration

? 1 2 3

avais-tu tendance à rester sur tes gardes, à être plus méfiant, même quand tu n'avais aucune raison de l'être?

4) hypervigilance

? 1 2 3

as-tu eu plus de tendance à sursauter, par exemple, à la suite d'un bruit soudain?

5) réaction de sursaut exagérée

? 1 2 3

AU MOINS 2 SX DE D SONT COTÉS "3". 5

1 3

Pendant combien de temps as-tu éprouvé ces difficultés?

(nommer les sx présents)

E. Les sx B, C et D persistents pendant au moins 1 ? 1 2 3
mois.

Penses-tu que l'incident a changé ta qualité de vie?
Penses-tu que depuis l'incident tu fonctionnes moins
bien dans certains domaines importants de ta vie?
Lesquels?

F. La perturbation entraîne une détresse cliniquement 1 3
significative, ou un dysfonctionnement au niveau
social, professionnel ou dans d'autres domaines
importants:

- Relations amoureuses
- Amis
- Travail
- Étude
- Loisirs, sorties
- Vie quotidienne (épicerie, conduite en
voiture, s'occuper des enfants, de la maison)

LES CRITÈRES A, B, C, D, E et F SONT COTÉS "3" 1 3

TSPT
PASSÉ

CRITÈRES DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

**AU COURS DE L'INTERROGATOIRE
SUIVANT, METTRE L'ACCENT SUR LES
ÉVÉNEMENTS MENTIONNÉS EN
RÉPONSE À LA QUESTION CI-DESSUS.**

A. Le sujet a été exposé à un ou à plusieurs événements traumatisants répondant aux critères suivants :

SI LE SUJET A MENTIONNÉ PLUS D'UN TRAUMATISME : Lequel de ces événements vous a le plus affecté(e) ?

(1) Événement traumatisant que le sujet a vécu ou dont il a été témoin et au cours duquel il y a eu mort ou menace de mort ou de blessures sérieuses ou au cours duquel la santé du sujet ou celle d'autres personnes a été menacée.

**PASSER À LA
PAGE F.35
(ANXIÉTÉ
GÉNÉRALISÉE)**

DANS LE DOUTE : Qu'avez-vous éprouvé quand (PRÉCISER LA NATURE DE L'ÉVÉNEMENT TRAUMATISANT) ? (Avez-vous eu très peur ou encore, avez-vous ressenti de l'horreur ou de l'impuissance ?

(2) Événement au cours duquel le sujet a éprouvé une grande peur ou un vif sentiment d'horreur ou d'impuissance.

**PASSER À LA
PAGE F.35
(ANXIÉTÉ
GÉNÉRALISÉE)**

Maintenant, j'aimerais vous poser quelques questions concernant les effets précis que ce ou ces événements ont pu avoir sur vous.

B. L'événement traumatisant est constamment revécu comme en témoigne la présence d'une ou de plusieurs des manifestations suivantes :

Par exemple...

... Avez-vous pensé malgré vous à (PRÉCISER LA NATURE DE L'ÉVÉNEMENT TRAUMATISANT) ou le souvenir de cet événement vous est-il revenu à l'esprit tout à coup, sans que vous l'ayez souhaité ?

(1) souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement, y compris des visions, des pensées ou des sensations, provoquant un sentiment de détresse chez le sujet;

Y avez-vous rêvé ?

(2) rêves répétitifs concernant l'événement, provoquant un sentiment de détresse:

? = information inappropriate

**1 = FAUX ou
absence du symptôme**

2 = symptôme
infraliminaire

**3 = VRAI ou
présence du symptôme**

Vous est-il arrivé d'agir, ou de vous sentir, comme si vous étiez en train de revivre ce ou ces événements ?

(3) impression ou agissement soudain « comme si » l'événement traumatisant allait se reproduire (p. ex., sentiment de revivre l'événement, illusions, hallucinations et épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication);

? 1 2 3

Vous est-il arrivé d'être très bouleversé(e) quand quelque chose vous rappelait ce ou ces événements ?

(4) sentiment intense de détresse quand le sujet est exposé à certains signaux internes ou externes évoquant certains aspects de l'événement traumatisant ou symbolisant celui-ci;

? 1 2 3

F110

Vous est-il arrivé d'éprouver des symptômes physiques — p. ex. de vous mettre à transpirer abondamment ou à respirer de façon laborieuse ou irrégulière ou encore, de sentir votre cœur battre très fort ?

(5) réactions physiologiques à certains signaux internes ou externes évoquant certains aspects de l'événement traumatisant ou symbolisant celui-ci.

? 1 2 3

F111

AU MOINS UNE DES MANIFESTATIONS ÉNUMÉRÉES EN "B" EST COTÉE "3".

1 3

F112

PASSER À LA
PAGE F.35
(ANXIÉTÉ
GÉNÉRALISÉE)

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

Depuis (PRÉCISER LA NATURE DE L'ÉVÉNEMENT TRAUMATISANT)...

C. Évitement persistant des stimuli associés au traumatisme ou émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :

...avez-vous fait votre possible pour éviter de penser ou de parler de ce qui s'était passé ?

(1) efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme;

? 1 2 3 F113

...avez-vous tout fait pour éviter les choses ou les gens qui vous rappelaient cet événement ?

(2) effort pour éviter les activités, les lieux ou les personnes qui éveillent des souvenirs du traumatisme;

? 1 2 3 F114

...avez-vous été incapable de vous rappeler certains détails importants de ce qui était arrivé ?

(3) incapacité de se rappeler un aspect important du traumatisme;

? 1 2 3 F115

...avez-vous ressenti beaucoup moins d'intérêt pour des activités qui vous tenaient à cœur auparavant, comme rencontrer des amis, lire, regarder la télévision ?

(4) réduction nette de l'intérêt pour des activités ayant une valeur significative ou de la participation à de telles activités;

? 1 2 3 F116

...vous êtes-vous senti(e) détaché(e) ou dépourvu(e) de liens avec les autres ?

(5) sentiment de détachement ou d'éloignement à l'égard des autres;

? 1 2 3 F117

...vous êtes-vous senti(e) comme engourdi(e), comme si vous n'éprouviez plus grand-chose pour qui que ce soit ou pour quoi que ce soit ?

(6) restriction des affects (p.ex., incapacité à éprouver de l'amour ou de l'affection);

? 1 2 3 F118

...avez-vous l'impression que vous ne voyez plus l'avenir de la même façon, que vos projets ont changé ?

(7) sentiment que l'avenir est « bouché », p.ex., pense ne pas pouvoir faire de carrière, se marier, avoir des enfants ou vivre longtemps.

? 1 2 3 F119

AU MOINS 3 DES MANIFESTATIONS ÉNUMÉRÉES EN "C" SONT COTÉES "3".

1 3 F120

PASSER À LA
PAGE F.35
(ANXIÉTÉ
GÉNÉRALISÉE)

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

Depuis (PRÉCISER LA NATURE DE L'ÉVÉNEMENT TRAUMATISANT)...

D. Présence de symptômes persistants traduisant une hyperactivité neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :

...avez-vous éprouvé de la difficulté à dormir (Quel genre de difficultés ?)

(1) difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu;

? 1 2 3 F121

...vous êtes-vous montré(e) plus irritable qu'avant ? Plus colérique ?

(2) irritabilité ou accès de colère;

? 1 2 3 F122

...avez-vous eu de la difficulté à vous concentrer ?

(3) difficultés de concentration;

? 1 2 3 F123

...avez-vous tendance à rester sur vos gardes à être plus méfiant(e), même quand vous n'avez aucune raison de l'être ?

(4) hypervigilance;

? 1 2 3 F124

...avez-vous eu plus tendance à sursauter, par exemple, par suite d'un bruit soudain ?

(5) réaction de sursaut exagérée.

? 1 2 3 F125

AU MOINS 2 DES MANIFESTATIONS ÉNUMÉRÉES EN "D" SONT COTÉES "3".

1 3 F126

PASSER À LA
PAGE F.35
(ANXIÉTÉ
GÉNÉRALISÉE)

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

Pendant combien de temps avez-vous éprouvé ce genre de difficultés (NOMMER LES SYMPTÔMES QUI SE SONT MANIFESTÉS CHEZ LE SUJET) ?

E. La perturbation (symptômes B, C et D) persiste pendant plus d'un mois.

? 1 2 3 F127

POUR DIAGNOSTIQUER UN ÉTAT DE STRESS AIGU, PASSER À LA PAGE J.1 (MODULE FACULTATIF)

SINON, PASSER À LA PAGE F.35 (ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE)

F. La perturbation entraîne une détresse ou un handicap importants sur le plan social, professionnel ou autre.

? 1 2 3 F128

PASSER À LA PAGE F.35 (ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE)

LES CRITÈRES A, B, C, D, E ET F DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE SONT COTÉS "3".

? 1 2 3 F129

PASSER À LA PAGE F.35 (ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE)

ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

APPENDICE E

QUESTIONNAIRE SUR LA PEUR DE L'INTIMITÉ QPI

Questionnaire socio-démographique

1- Code

____/____/____/____/____/____/____/____

2- Sexe

☐ F
☐ M

3- Âge

____ ans

4- Date de passation

____/____/____
jour mois année

5- Niveau d'éducation le plus élevé obtenu ou en cours

☐ Secondaire ☐ Collégiale ☐ Certificat ☐ Baccalauréat ☐ Maîtrise ☐ Doctorat

6- Statut civil

☐ Marié (e) ☐ Union de fait ☐ Séparé (e) /
Divorcé (e)
☐ Célibataire ☐ Veuf (ve)

7- Année(s) de vie commune

____ ans ____ mois

8- Nombre d'enfants dont vous êtes le parent _____
Nombre d'enfants habitant avec vous _____

9- Travail

☐ Temps complet ☐ Temps partiel ☐ Pas de travail rémunéré

10- Si vous travaillez

Depuis combien de temps _____ ans _____ mois Type d'emploi _____
(emploi actuel)

11- Source de Revenu

☐ Travail ☐ Prestation d'assurance chômage ☐ Accident du travail (CSST)
☐ Aide social ☐ Victime d'acte criminel ☐ Pension alimentaire
☐ Accident de la route (RAAQ) ☐ Autres (prêts, bourse, etc.)

12- Niveau de Revenu (personnel Annuel Brut)

☐ moins de 5000\$ ☐ 10 000 à 19 999\$ ☐ 30 000 à 39 999\$ ☐ 50 000 à 59 999\$
☐ 5000 à 9999\$ ☐ 20 000 à 29 999\$ ☐ 40 000 à 49 999\$ ☐ 60 000 et plus

Ce questionnaire contient des groupes d'énoncés. Lisez attentivement tous les énoncés pour chaque groupe, puis cochez la case correspondant à l'énoncé qui décrit le mieux la façon dont vous vous êtes sentie au cours des 7 derniers jours, aujourd'hui compris. Si plusieurs énoncés semblent convenir également bien, cochez chacun d'eux. Veuillez vous assurer d'avoir lu tous les énoncés de chaque groupe avant d'effectuer votre choix.

- | | | |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 1. | Je ne me sens pas triste | <input type="checkbox"/> |
| | Je me sens triste | <input type="checkbox"/> |
| | Je suis tout le temps triste et je ne peux m'en sortir | <input type="checkbox"/> |
| | Je suis si triste que je ne peux le supporter | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Je ne suis pas particulièrement découragée par l'avenir | <input type="checkbox"/> |
| | Je me sens découragée par l'avenir | <input type="checkbox"/> |
| | J'ai l'impression de n'avoir aucune attente dans la vie | <input type="checkbox"/> |
| | J'ai l'impression que l'avenir est sans espoir et que les choses ne peuvent s'améliorer | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Je ne me considère pas comme une ratée | <input type="checkbox"/> |
| | J'ai l'impression d'avoir subi plus d'échecs que le commun des mortels | <input type="checkbox"/> |
| | Quand je pense à mon passé, je ne vois que des échecs | <input type="checkbox"/> |
| | J'ai l'impression d'avoir complètement échoué dans la vie | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Je retire autant de satisfaction de la vie qu'auparavant | <input type="checkbox"/> |
| | Je ne retire plus autant de satisfaction de la vie qu'auparavant | <input type="checkbox"/> |
| | Je ne retire plus de satisfaction de quoi que ce soit | <input type="checkbox"/> |
| | Tout me rend insatisfaite ou m'ennuie | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Je ne me sens pas particulièrement coupable | <input type="checkbox"/> |
| | Je me sens coupable une bonne partie du temps | <input type="checkbox"/> |
| | Je me sens coupable la plupart du temps | <input type="checkbox"/> |
| | Je me sens continuellement coupable | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Je n'ai pas l'impression d'être punie | <input type="checkbox"/> |
| | J'ai l'impression que je pourrais être punie | <input type="checkbox"/> |
| | Je m'attends à être punie | <input type="checkbox"/> |
| | J'ai l'impression d'être punie | <input type="checkbox"/> |
| 7. | Je n'ai pas l'impression d'être déçue de moi | <input type="checkbox"/> |
| | Je suis déçue de moi | <input type="checkbox"/> |
| | Je suis dégoûtée de moi | <input type="checkbox"/> |
| | Je me hais | <input type="checkbox"/> |

8. Je n'ai pas l'impression d'être pire que quiconque
Je suis critique de mes faiblesses ou de mes erreurs
Je me blâme tout le temps pour mes erreurs
Je me blâme pour tous les malheurs qui arrivent ☐
☐
☐
☐
9. Je ne pense aucunement à me suicider
J'ai parfois l'idée de me suicider, mais je n'irais pas jusqu'à passer aux actes
J'aimerais me suicider
J'aimerais me suicider si j'en avais l'occasion ☐
☐
☐
☐
10. Je ne pleure pas plus qu'à l'ordinaire
Je pleure plus qu'avant
Je pleure continuellement maintenant
Avant, je pouvais pleurer, mais maintenant, j'en suis incapable ☐
☐
☐
☐
11. Je ne suis pas plus irritée maintenant qu'auparavant
Je suis agacée ou irritée plus facilement qu'auparavant
Je suis continuellement irritée
Je ne suis plus du tout irritée par les choses qui m'irritaient auparavant ☐
☐
☐
☐
12. Je n'ai pas perdu mon intérêt pour les gens
Je suis moins intéressée par les gens qu'autrefois
J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les gens
J'ai perdu tout intérêt pour les gens ☐
☐
☐
☐
13. Je prends des décisions aussi facilement qu'avant
Je remets des décisions beaucoup plus qu'auparavant
J'ai beaucoup plus de difficulté à prendre des décisions qu'auparavant
Je ne peux plus prendre de décisions ☐
☐
☐
☐
14. Je n'ai pas l'impression que mon apparence soit pire qu'auparavant
J'ai peur de paraître vieille ou peu attrayante
J'ai l'impression qu'il y a des changements permanents qui me rendent
peu attrayante
J'ai l'impression d'être laide ☐
☐
☐
☐
15. Je peux travailler aussi bien qu'avant
Il faut que je fasse des efforts supplémentaires pour commencer
Je dois me secouer très fort pour faire quoi que ce soit
Je ne peux faire aucun travail ☐
☐
☐
☐
16. Je dors aussi bien que d'habitude
Je ne dors pas aussi bien qu'avant
Je me lève une à deux heures plus tôt qu'avant et j'ai du mal à me rendormir
Je me réveille plusieurs heures plus tôt qu'avant et je ne peux pas me rendormir ☐
☐
☐
☐

17. Je ne me sens pas plus fatiguée qu'à l'accoutumée
Je me fatigue plus facilement qu'auparavant
Je me fatigue pour un rien
Je suis trop fatiguée pour faire quoi que ce soit

☐
☐
☐
☐

18. Mon appétit n'est pas pire que d'habitude
Mon appétit n'est pas aussi bon qu'il était
Mon appétit a beaucoup diminué
Je n'ai plus d'appétit du tout

☐
☐
☐
☐

19. Je n'ai pas perdu de poids dernièrement
J'ai perdu plus de 5 livres
J'ai perdu plus de 10 livres
J'ai perdu plus de 15 livres

☐
☐
☐
☐

Je suis présentement au régime: Oui ☐ Non ☐

20. Ma santé ne me préoccupe pas plus que d'habitude
Je suis préoccupée par des problèmes de santé comme les douleurs, les maux
d'estomac ou la constipation
Mon état de santé me préoccupe beaucoup et il m'est difficile de penser à autre
chose
Je suis tellement préoccupée par mon état de santé qu'il m'est impossible de penser
à autre chose

☐
☐
☐
☐
☐

21. Je n'ai remarqué aucun changement dans mon intérêt pour le sexe
J'ai moins de désirs sexuels qu'auparavant
J'ai maintenant beaucoup moins de désirs sexuels
J'ai perdu tout intérêt pour le sexe

☐
☐
☐
☐

Questionnaire d'évaluation personnelle A S T A

CONSIGNE:

Voici un certain nombre d'énoncés que les gens ont l'habitude d'utiliser pour se décrire. Lisez chaque énoncé, puis cochez la case appropriée à droite de l'exposé pour indiquer comment vous vous sentez présentement, c'est-à-dire **à ce moment précis**. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ne vous attardez pas trop sur chaque énoncé mais donnez la réponse qui vous semble décrire le mieux les sentiments que vous éprouvez **en ce moment**.

		Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup
1.	Je me sens calme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Je me sens en sécurité.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Je suis tendu(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Je suis triste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Je me sens tranquille.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Je me sens bouleversé(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Je suis préoccupé(e) actuellement pas des contrariétés possibles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Je me sens reposé(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Je me sens anxieux(se).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Je me sens à l'aise.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Je me sens sûr(e) de moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Je me sens nerveux(se).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Je suis affolé(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Je me sens sur le point d'éclater.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Je suis relaxé(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Je me sens heureux(se).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Je suis préoccupé(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Je me sens surexcité(e) et fébrile.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Je me sens joyeux(se).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Je me sens bien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONSIGNE:

Voici un certain nombre d'énoncés que les gens ont l'habitude d'utiliser pour se décrire. Lisez chaque énoncé, puis cochez la case appropriée à droite de l'exposé pour indiquer comment vous vous sentez en général. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ne vous attardez pas trop sur chaque énoncé mais donnez la réponse qui vous semble décrire le mieux les sentiments que vous éprouvez de façon générale.

		Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup
21.	Je me sens bien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Je me fatigue rapidement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Je me sens au bord des larmes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Je souhaiterais être aussi heureux(se) que les autres semblent l'être.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Je perds de belles occasions parce que je n'arrive pas à me décider assez rapidement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Je me sens reposé(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	Je suis calme, tranquille et en paix.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	Je sens que les difficultés s'accumulent au point que je ne peux en venir à bout.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	Je m'en fais trop pour des choses qui n'en valent pas vraiment la peine.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	Je suis heureux(se).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	Je suis porté(e) à prendre mal les choses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.	Je manque de confiance en moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.	Je me sens en sécurité.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.	J'essaie d'éviter de faire face à une crise ou une difficulté.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35.	Je me sens mélancolique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36.	Je suis content(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37.	Des idées sans importance me passent pas la tête et me tracassent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38.	Je prends les désappointements tellement à cœur que je n'arrive pas à me les sortir de la tête.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39.	Je suis une personne stable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40.	Je deviens tendu(e) et bouleversé(e) quand je songe à mes préoccupations actuelles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Répondez à ce questionnaire relativement à l'événement que vous venez de vivre en indiquant la fréquence et la sévérité des symptômes vécus dans les **2 dernières semaines**. Utilisez l'échelle de fréquence pour indiquer la fréquence des symptômes dans la colonne située à la gauche de chacun des énoncés. Ensuite, à l'aide de l'échelle de sévérité, encrer la lettre qui correspond le mieux à la sévérité de chacun des énoncés.

* Si vous n'avez pas vécu d'événement traumatique, vous ne répondez pas à ce questionnaire

FRÉQUENCE

- 0 Pas du tout
- 1 Une fois par semaine ou moins/
un petit peu/une fois de temps en temps
- 2 2 à 4 fois par semaine/
assez/la moitié du temps
- 3 5 fois ou plus par semaine/
beaucoup/presque toujours

SÉVÉRITÉ

- A Pas du tout perturbant
- B Un peu perturbant
- C Modérément perturbant
- D Beaucoup perturbant
- E Extrêmement perturbant

FRÉQUENCE

SÉVÉRITÉ

- ___ 1. Avez-vous eu des pensées ou des souvenirs pénibles récurrents ou intrusifs concernant l'événement(s)? A B C D E
- ___ 2. Avez-vous eu et continuez-vous à avoir des mauvais rêves ou des cauchemars récurrents concernant l'événement(s)? A B C D E
- ___ 3. Avez-vous vécu l'expérience de soudainement revivre l'événement(s), d'avoir un retour en arrière, d'agir ou de sentir que celui-ci se reproduisait. A B C D E
- ___ 4. Avez-vous été perturbé(e) et continuez-vous à être perturbé de façon intense ÉMOTIONNELLEMENT lorsqu'on vous rappelait l'événement(s) (incluant la date d'anniversaire de l'événement). A B C D E
- ___ 5. Avez-vous fait et continuez-vous de faire des efforts de façon persistante pour éviter les pensées et les sentiments associés à l'événement(s). A B C D E
- ___ 6. Avez-vous fait et continuez-vous de faire des efforts de façon persistante pour éviter les activités, les situations ou les endroits qui vous remémorent l'événement(s). . A B C D E
- ___ 7. Y-a-t'il des aspects importants de l'événement(s) dont vous ne pouvez toujours pas vous rappeler. A B C D E
- ___ 8. Avez-vous perdu de façon marquée vos intérêts pour vos loisirs depuis l'événement(s). A B C D E
- ___ 9. Vous êtes vous senti(e) détaché(e) ou coupé(e) des gens autour de vous depuis l'événement(s). A B C D E
- ___ 10. Avez-vous senti(e) que votre capacité à ressentir vos émotions a diminué (ex.: incapable d'avoir des sentiments d'amoureux, sentiment d'être sans émotion, incapacité à pleurer lorsque triste, etc.)? A B C D E
- ___ 11. Avez-vous perçu(e) que les plans ou les espoirs futurs ont changés en raison de l'événement(s) (ex.: plus de carrière, mariage, enfants ou de vie longue)? A B C D E
- ___ 12. Avez-vous eu et continuez-vous d'avoir des difficultés persistante à vous endormir ou à rester endormi(e)? A B C D E
- ___ 13. Avez-vous été et continuez-vous d'être constamment irritable ou porter à éclater soudainement de colère? A B C D E
- ___ 14. Avez-vous eu et continuez-vous d'avoir des difficultés persistantes à vous concentrer? A B C D E
- ___ 15. Êtes-vous excessivement en état d'alerte (par ex.: vérifier qui est autour de vous, etc.) depuis l'événement(s)? A B C D E
- ___ 16. Avez-vous été plus nerveux(se), plus facilement effrayé(e) depuis l'événement? A B C D E
- ___ 17. Avez-vous eu des réactions PHYSIQUES intenses (par ex.: sueurs, palpitations) lorsqu'on vous rappelle l'événement(s)? A B C D E

Partie A

Répondez à ces énoncés comme si elles s'appliquaient à vos relations actuelles. Veuillez utiliser l'échelle de 1 à 5 en encerclant le chiffre à droite de l'énoncé qui indique celui qui vous caractérise le plus. **Veuillez répondre à toutes les affirmations.**

1	2	3	4	5
ne me caractérise pas du tout	me caractérise un peu	me caractérise modérément	me caractérise beaucoup	me caractérise énormément

Noter que pour chaque affirmation "P" fait référence à votre partenaire.

- | | | | | | | |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1. | Je me sentirai mal à l'aise de révéler à "P" des choses de mon passé pour lesquelles j'ai ressenti de la honte... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. | Je me sentirai mal à l'aise de parler à "P" de quelque chose qui m'a profondément blessé... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. | Je me sentirai à l'aise d'exprimer mes vrais sentiments à "P". | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. | Si "P" était préoccupé(e), j'aurais peur parfois de lui montrer que je m'en soucie... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. | J'aurais peu de confier mes sentiments les plus intimes à "P". | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. | Je me sentirais à l'aise de dire à "P" que je me soucie de lui / d'elle. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. | Je voudrais avoir des sentiments de totale harmonie avec "P". | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. | Je me sentirais à l'aise de discuter de problèmes importants avec "P". | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. | Une partie de moi-même aurait peur de s'engager à long terme avec "P". | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. | Je me sentirais à l'aise de partager mes expériences passées avec "P" même les plus tristes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. | Je me sentirais probablement nerveux/nerveuse de montrer de grandes marques d'affection à "P". | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. | Je trouverais difficile de dévoiler mes pensées personnelles à "P". | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. | Je me sentirais mal à l'aise avec "P" s'il dépendait de moi pour le soutenir moralement. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. | Je n'aurais pas peur de partager ce que je n'aime pas de moi-même avec "P". | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. | J'aurais peur de prendre le risque d'être blessé(e) en établissant une relation intime avec "P". | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. | Je me sentirais plus à l'aise de garder des informations très personnelles pour moi-même. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. | Je ne serais pas nerveux/nerveuse d'être spontané(e) avec "P". | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

	1 ne me caractérise pas du tout	2 me caractérise un peu	3 me caractérise modérément	4 me caractérise beaucoup	5 me caractérise énormément
18. Je me sentirais à l'aise de dire à "P" des choses que je ne dis à personne d'autre.	1	2	3	4	5
19. Je me sentirais à l'aise de confier à "P" mes pensées et sentiments intimes en toute confiance.	1	2	3	4	5
20. Je me sentirais parfois mal à l'aise si "P" me confiait ses préoccupations très personnelles.	1	2	3	4	5
21. Je me sentirais à l'aise de révéler mes limites et mes faiblesses à "P".	1	2	3	4	5
22. Je me sentirais à l'aise d'avoir un lien émotif intime entre nous.	1	2	3	4	5
23. J'aurais peur de partager mes pensées intimes avec "P".	1	2	3	4	5
24. J'aurais peur de ne pas toujours me sentir près de "P".	1	2	3	4	5
25. Je me sentirais à l'aise d'exprimer à "P" quels sont mes besoins.	1	2	3	4	5
26. J'aurais peur que "P" s'investisse plus que moi dans la relation.	1	2	3	4	5
27. Je me sentirais à l'aise d'avoir un échange ouvert et honnête avec "P".	1	2	3	4	5
28. Je me sentirais, certaines fois, mal à l'aise d'écouter les problèmes personnels de "P".	1	2	3	4	5
29. Je me sentirais à l'aise d'être complètement moi-même avec "P".	1	2	3	4	5
30. Je me sentirais à l'aise d'être avec "P" et de parler de nos projets personnels.	1	2	3	4	5

Partie B

Instruction: Répondez à ces énoncés comme si ils s'appliquaient à vos relations passées. Veuillez utiliser la même échelle de 1 à 5 qu'à la section "A" pour indiquer l'énoncé qui vous caractérise le plus.

31. J'ai fuit les opportunités d'être proche de quelqu'un.	1	2	3	4	5
32. J'ai retenu mes sentiments dans mes relations précédentes.	1	2	3	4	5
33. Certaines personnes pensent que j'ai peur d'être près d'elle.	1	2	3	4	5
34. Certaines personnes pensent que ce n'est pas facile de bien me connaître.	1	2	3	4	5
35. Dans mes relations antérieures, j'ai agi afin de m'empêcher de développer de l'intimité.	1	2	3	4	5

APPENDICE F

QUESTIONNAIRES CLINIQUES VERSION VICTIMES

ÉVALUATION CHEZ LE CONJOINT D'UNE VICTIME DES CONSÉQUENCES D'UNE AGRESSION SEXUELLE

Questionnaires

Groupe:

Nom et prénom _____

- Code

__T / __S / __P / __T / __ / __ / __ / __

Date de passation

__ / __ / __
jour mois année

Adresse: _____ No de tel: (____) _____

Les informations sont anonymes et demeurent confidentielles.

Dans le but de protéger l'anonymat, veuillez ne pas inscrire votre nom sur les questionnaires et utiliser plutôt un code. Celui des hommes comprendra l'indication RSPT, ainsi que les quatre derniers chiffres de votre numéro de téléphone. Pour les femmes l'indication TSPT et les quatre derniers chiffres de votre numéro de téléphone. Par exemple: **pour les hommes indiquer "RSPTS 3000" pour les femmes indiquer "TSPT 3000"**. Ceci rend donc impossible toute identification et ce même pour le personnel de la recherche. Ce code nous permettra d'apparier les questionnaires lors de la deuxième passation. Nous vous remercions sincèrement de votre collaboration.

Christiane Khouzam 987-3000 poste 5648

Présentation des questionnaires

Nous vous remercions d'avoir accepté de répondre aux questionnaires sur l'intimité, la satisfaction conjugale et sexuelle dans le couple et sur le soutien social offert et reçu par votre partenaire.

A cette étape, votre participation se limite à répondre à dix questionnaires. soit à l'université, l'hôpital ou à votre domicile. Le temps de passation des questionnaires est de 40 minutes. Il n'y a ni bonnes ni mauvaises réponses. Pour ne pas influencer vos réponses, nous vous demandons de répondre individuellement aux questionnaires, de ne pas consulter votre partenaire, ni échanger entre vous pendant que vous répondez aux questionnaires. Ces questions ne sont ni des examens ni des tests. Afin de protéger la confidentialités des données, seuls certains membres de notre laboratoire auront accès aux questionnaires. Ces données seront détruites aussitôt que l'étude sera terminée. Suite à la réception des questionnaires, à titre de compensation, votre participation vous donne droit à un montant de 50.00\$.

Deuxième étape de l'étude

Votre participation se limite à revenir et à répondre à nouveau à tous les questionnaires **4 mois après la première rencontre**. Suite à la réception des questionnaires et à la rencontre, à titre de compensation, votre participation vous donne droit à un montant de 50.00\$.

Cette étude ne comporte aucun risque physique ou psychologique à répondre à ces questionnaires. Le but de cette recherche est d'obtenir des informations sur des situations précises et non pas de vous faire revivre les événements. Il est possible que le fait de répondre à certaines questions, suscite certains souvenirs ou émotions désagréables comparables à ce que vous avez déjà éprouvé jusqu'à ce jour dans diverses situations.
Christiane Khouzam 987-3000 poste 5640

Répondez à ce questionnaire relativement à l'événement que vous venez de vivre en indiquant la fréquence et la sévérité des symptômes vécus dans les 2 dernières semaines. Utilisez l'échelle de fréquence pour indiquer la fréquence des symptômes dans la colonne située à la gauche de chacun des énoncés. Ensuite, à l'aide de l'échelle de sévérité, encrer la lettre qui correspond le mieux à la sévérité de chacun des énoncés.

* Si vous n'avez pas vécu d'événement traumatique, vous ne répondez pas à ce questionnaire.

FRÉQUENCE

- 0 Pas du tout
- 1 Une fois par semaine ou moins/
un petit peu/une fois de temps en temps
- 2 2 à 4 fois par semaine/
assez/la moitié du temps
- 3 5 fois ou plus par semaine/
beaucoup/presque toujours

SÉVÉRITÉ

- A Pas du tout perturbant
- B Un peu perturbant
- C Modérément perturbant
- D Beaucoup perturbant
- E Extrêmement perturbant

FRÉQUENCE

SÉVÉRITÉ

- ___ 1. Avez-vous eu des pensées ou des souvenirs pénibles récurrents ou intrusifs concernant l'événement(s)? A B C D E
- ___ 2. Avez-vous eu et continuez-vous à avoir des mauvais rêves ou des cauchemars récurrents concernant l'événement(s)? A B C D E
- ___ 3. Avez-vous vécu l'expérience de soudainement revivre l'événement(s), d'avoir un retour en arrière, d'agir ou de sentir que celui-ci se reproduisait. A B C D E
- ___ 4. Avez-vous été perturbé(e) et continuez-vous à être perturbé de façon intense ÉMOTIONNELLEMENT lorsqu'on vous rappelait l'événement(s) (incluant la date d'anniversaire de l'événement). A B C D E
- ___ 5. Avez-vous fait et continuez-vous de faire des efforts de façon persistante pour éviter les pensées et les sentiments associés à l'événement(s). A B C D E
- ___ 6. Avez-vous fait et continuez-vous de faire des efforts de façon persistante pour éviter les activités, les situations ou les endroits qui vous remémorent l'événement(s). . A B C D E
- ___ 7. Y-a-t'il des aspects importants de l'événement(s) dont vous ne pouvez toujours pas vous rappeler. A B C D E
- ___ 8. Avez-vous perdu de façon marquée vos intérêts pour vos loisirs depuis l'événement(s). A B C D E
- ___ 9. Vous êtes vous senti(e) détaché(e) ou coupé(e) des gens autour de vous depuis l'événement(s). A B C D E
- ___ 10. Avez-vous senti(e) que votre capacité à ressentir vos émotions a diminué (ex.: incapable d'avoir des sentiments d'amoureux, sentiment d'être sans émotion, incapacité à pleurer lorsque triste, etc.)? A B C D E
- ___ 11. Avez-vous perçu(e) que les plans ou les espoirs futurs ont changés en raison de l'événement(s) (ex.: plus de carrière, mariage, enfants ou de vie longue)? A B C D E
- ___ 12. Avez-vous eu et continuez-vous d'avoir des difficultés persistante à vous endormir ou à rester endormi(e)? A B C D E
- ___ 13. Avez-vous été et continuez-vous d'être constamment irritable ou porter à éclater soudainement de colère? A B C D E
- ___ 14. Avez-vous eu et continuez-vous d'avoir des difficultés persistantes à vous concentrer? A B C D E
- ___ 15. Êtes-vous excessivement en état d'alerte (par ex.: vérifier qui est autour de vous, etc.) depuis l'événement(s)? A B C D E
- ___ 16. Avez-vous été plus nerveux(se), plus facilement effrayé(e) depuis l'événement? A B C D E
- ___ 17. Avez-vous eu des réactions PHYSIQUES intenses (par ex.: sueurs, palpitations) lorsqu'on vous rappelle l'événement(s)? A B C D E

Partie A

Répondez à ces énoncés comme si elles s'appliquaient à vos relations actuelles. Veuillez utiliser l'échelle de 1 à 5 en encerclant le chiffre à droite de l'énoncé qui indique celui qui vous caractérise le plus. **Veuillez répondre à toutes les affirmations.**

	1	2	3	4	5
	ne me caractérise pas du tout	me caractérise un peu	me caractérise modérément	me caractérise beaucoup	me caractérise énormément
1.	Je me sentirai mal à l'aise de révéler à "P" des choses de mon passé pour lesquelles j'ai ressenti de la honte...				
2.	Je me sentirai mal à l'aise de parler à "P" de quelque chose qui m'a profondément blessé...				
3.	Je me sentirai à l'aise d'exprimer mes vrais sentiments à "P".				
4.	Si "P" était préoccupé(e), j'aurais peur parfois de lui montrer que je m'en soucie...				
5.	J'aurais peu de confier mes sentiments les plus intimes à "P".				
6.	Je me sentirais à l'aise de dire à "P" que je me soucie de lui / d'elle.				
7.	Je voudrais avoir des sentiments de totale harmonie avec "P".				
8.	Je me sentirais à l'aise de discuter de problèmes importants avec "P".				
9.	Une partie de moi-même aurait peur de s'engager à long terme avec "P".				
10.	Je me sentirais à l'aise de partager mes expériences passées avec "P" même les plus tristes.				
11.	Je me sentirais probablement nerveux/nerveuse de montrer de grandes marques d'affection à "P".				
12.	Je trouverais difficile de dévoiler mes pensées personnelles à "P".				
13.	Je me sentirais mal à l'aise avec "P" s'il dépendait de moi pour le soutenir moralement.				
14.	Je n'aurais pas peur de partager ce que je n'aime pas de moi-même avec "P".				
15.	J'aurais peur de prendre le risque d'être blessé(e) en établissant une relation intime avec "P".				
16.	Je me sentirais plus à l'aise de garder des informations très personnelles pour moi-même.				
17.	Je ne serais pas nerveux/nerveuse d'être spontané(e) avec "P".				

	1 ne me caractérise pas du tout	2 me caractérise un peu	3 me caractérise modérément	4 me caractérise beaucoup	5 me caractérise énormément
18. Je me sentirais à l'aise de dire à "P" des choses que je ne dis à personne d'autre.	1	2	3	4	5
19. Je me sentirais à l'aise de confier à "P" mes pensées et sentiments intimes en toute confiance.	1	2	3	4	5
20. Je me sentirais parfois mal à l'aise si "P" me confiait ses préoccupations très personnelles.	1	2	3	4	5
21. Je me sentirais à l'aise de révéler mes limites et mes faiblesses à "P".	1	2	3	4	5
22. Je me sentirais à l'aise d'avoir un lien émotif intime entre nous.	1	2	3	4	5
23. J'aurais peur de partager mes pensées intimes avec "P".	1	2	3	4	5
24. J'aurais peur de ne pas toujours me sentir près de "P".	1	2	3	4	5
25. Je me sentirais à l'aise d'exprimer à "P" quels sont mes besoins.	1	2	3	4	5
26. J'aurais peur que "P" s'investisse plus que moi dans la relation.	1	2	3	4	5
27. Je me sentirais à l'aise d'avoir un échange ouvert et honnête avec "P".	1	2	3	4	5
28. Je me sentirais, certaines fois, mal à l'aise d'écouter les problèmes personnels de "P".	1	2	3	4	5
29. Je me sentirais à l'aise d'être complètement moi-même avec "P".	1	2	3	4	5
30. Je me sentirais à l'aise d'être avec "P" et de parler de nos projets personnels.	1	2	3	4	5

Partie B

Instruction: Répondez à ces énoncés comme si ils s'appliquaient à vos relations passées. Veuillez utiliser la même échelle de 1 à 5 qu'à la section "A" pour indiquer l'énoncé qui vous caractérise le plus.

31. J'ai fuit les opportunités d'être proche de quelqu'un.	1	2	3	4	5
32. J'ai retenu mes sentiments dans mes relations précédentes.	1	2	3	4	5
33. Certaines personnes pensent que j'ai peur d'être près d'elle.	1	2	3	4	5
34. Certaines personnes pensent que ce n'est pas facile de bien me connaître.	1	2	3	4	5
35. Dans mes relations antérieures, j'ai agi afin de m'empêcher de développer de l'intimité.	1	2	3	4	5

(CS)

La liste ci-dessous indique des comportements qui aident ou qui n'aident pas quelqu'un en détresse. Vous êtes en détresse et avez besoin d'aide ou de soutien. **Veillez encercler le chiffre à droite de l'énoncé** qui indique jusqu'à quel point votre partenaire effectue chacun des comportements décrits ci-bas (F). **Veillez répondre à toutes les informations.**

	1	2	3	4	5
	jamais	rarement	quelques fois	fréquemment	toujours
1. Il se montre préoccupé (par exemple: montre de l'intérêt, montre de la chaleur, montre qu'il est aussi affecté par le problème).	1	2	3	4	5
2. Il vous donne l'opportunité d'exprimer ouvertement vos sentiments (par exemple: il écoute, pose des questions qui ne clorent pas le sujet ou qui ne vous décourage pas à exprimer vos sentiments).	1	2	3	4	5
3. Il vous donne des conseils (par exemple: vous dit ce que vous devriez faire).	1	2	3	4	5
4. Il vous dit qu'il sait exactement comment vous vous sentez (par exemple: je sais exactement par où tu passes).	1	2	3	4	5
5. Il vous encourage à dépasser ce qui vous est arrivé (par exemple: en vous disant de se prendre en main).	1	2	3	4	5
6. Il vous signifie de ne pas amplifier la situation à l'extrême (par exemple: ce n'est pas si mal, tout va bien aller, ça aurait pu être pire).	1	2	3	4	5
7. Il essaie d'être joyeux en dépit de la situation (par exemple: sourit en dépit du fait que ce n'est pas concordant avec la situation, agit de manière forcée et souriante).	1	2	3	4	5
8. Il donne une signification philosophique à la situation (par exemple: il y a une raison pour toute chose, tout est décidé à l'avance, il était écrit dans le ciel que ça devait arriver).	1	2	3	4	5
9. Il donne une raison religieuse pour expliquer la situation (par exemple: c'est le dessein de Dieu, Dieu a des raisons pour tout ce qu'Il fait).	1	2	3	4	5
10. Il vous soutient par sa présence physique (par exemple: toute manifestation ou rapprochement physique qui exprime de l'affection ou de l'attention).	1	2	3	4	5
11. Il parle de lui-même (par exemple: attire l'attention sur lui-même, oui je sais ce par quoi tu passes; une fois j'étais dans la même situation et je...).	1	2	3	4	5
12. Il reste avec vous lorsque vous en avez besoin (par exemple: investis temps et attention pour vous ou montre la volonté de le faire).	1	2	3	4	5
13. Il montre qu'il comprend comment vous vous sentez (par exemple: je comprends ce que tu ressens).	1	2	3	4	5
14. Il donne de l'aide pour les tâches (par exemple: aide aux tâches ménagères, aide avec les enfants, aide avec arrangements au travail, pour les courses et autres responsabilités).	1	2	3	4	5

QCS

Imaginez que vous avez vécu une situation de crise (agression physique ou agression sexuelle), que votre conjoint est en votre présence et qu'il désire vous aider.

Voici une liste de certaines attitudes qu'un individu peut faire ou ne pas faire pour aider la personne en détresse. (F) **Veillez encercler le chiffre à droite de l'énoncé** qui correspond à l'attitude qui aide ou l'attitude qui n'aide pas. **Veillez répondre à toutes les affirmations.**

	1 = attitude qui aide 1	2 = attitude qui n'aide pas 2
1. Il a montré que votre problème le touche, le préoccupe (par exemple: a montré qu'il est aussi affecté par le problème).		
2. Il vous a laissé exprimer ouvertement vos sentiments (par exemple: crier, pleurer, être en colère).	1	2
3. Il vous a encouragé à faire face au problème et à vous prendre en main.	1	2
4. Il vous a passé le message de ne pas exagérer la situation plus qu'il n'en faut (par exemple: ça pourrait être pire, ce n'est pas si dramatique).	1	2
5. Il a agi avec bonne humeur même s'il devait se forcer.	1	2
6. Il a donné un sens ou une raison philosophique à l'événement (par exemple: pour chaque chose, il y a une raison; toute chose est décidée d'avance; il était écrit dans le ciel que ceci devait arriver).	1	2
7. Il a donné un sens religieux à la situation (par exemple: c'est la volonté de Dieu).	1	2
8. Il a montré de l'intérêt.	1	2
9. Il a consenti volontiers à investir du temps et de l'attention.	1	2
10. Il a orienté la conversation vers un sujet plus joyeux.	1	2
11. Il a montré qu'il comprenait vos sentiments (par exemple: je comprends ce que tu ressens).	1	2
12. Il a écouté.	1	2
13. Il a offert du soutien par un rapprochement ou une intimité physique.	1	2
14. Il a partagé avec vous sa propre expérience (dans une situation similaire).	1	2
15. Il vous a encouragé à oublier et à vous ouvrir à de nouveaux horizons.	1	2
16. Il vous a donné de son temps.	1	2
17. Il a démontré de l'affection.	1	2

Évaluation de la satisfaction sexuelle

CONSIGNE:

Ce questionnaire a pour but de mesurer le degré de satisfaction que vous retirez de votre relation sexuelle avec votre partenaire. Répondez à chaque item avec le plus d'attention et de précision possible en encrant l'un des chiffre suivants :

Veuillez commencer :

	Rarement ou jamais	Peu souvent	Quelques fois	Assez souvent	La plupart du temps
1. J'ai l'impression que mon(ma) partenaire apprécie notre vie sexuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ma vie sexuelle est passionnante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Les relations sexuelles sont plaisantes pour mon(ma) partenaire et moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. C'est devenu une corvée d'avoir une relation sexuelle avec mon(ma) partenaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Je trouve que la sexualité est sale et dégoûtante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ma vie sexuelle est monotone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Nos relations sexuelles sont trop précipitées et rapidement complétées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Je trouve que ma vie sexuelle manque de qualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Mon(ma) partenaire est très excitant(e) sexuellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. J'apprécie les techniques sexuelles que mon(ma) partenaire aime ou utilise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Je trouve que mon(ma) partenaire me demande trop au point de vue sexuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Je trouve que la sexualité, c'est merveilleux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Mon(ma) partenaire attache trop d'importance à la sexualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. J'essaie d'éviter les contacts sexuels avec mon(ma) partenaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Mon(ma) partenaire est trop brusque ou brutal(e) lors de nos relations sexuelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Mon(ma) partenaire est un(e) compagnon(compagne) sexuel(le) merveilleux(se)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Je considère la sexualité comme une composante normale de notre relation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Mon(ma) partenaire refuse les relations sexuelles quand j'en désire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Je considère que notre vie sexuelle ajoute vraiment beaucoup à notre relation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Mon(ma) partenaire refuse les relations sexuelles quand j'en désire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Il m'est facile d'être excité(e) sexuellement par mon(ma) partenaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. J'ai l'impression que mon(ma) partenaire est satisfait(e) sexuellement avec moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Mon(ma) partenaire est très sensible à mes besoins et à mes désirs sexuels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Mon(ma) partenaire ne me satisfait pas sexuellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Je trouve que ma vie sexuelle est ennuyante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ce questionnaire contient des groupes d'énoncés. Lisez attentivement tous les énoncés pour chaque groupe, puis cochez la case correspondant à l'énoncé qui décrit le mieux la façon dont vous vous êtes sentie au cours des 7 derniers jours, aujourd'hui compris. Si plusieurs énoncés semblent convenir également bien, cochez chacun d'eux. Veuillez vous assurer d'avoir lu tous les énoncés de chaque groupe avant d'effectuer votre choix.

- | | | |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 1. | Je ne me sens pas triste | <input type="checkbox"/> |
| | Je me sens triste | <input type="checkbox"/> |
| | Je suis tout le temps triste et je ne peux m'en sortir | <input type="checkbox"/> |
| | Je suis si triste que je ne peux le supporter | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Je ne suis pas particulièrement découragée par l'avenir | <input type="checkbox"/> |
| | Je me sens découragée par l'avenir | <input type="checkbox"/> |
| | J'ai l'impression de n'avoir aucune attente dans la vie | <input type="checkbox"/> |
| | J'ai l'impression que l'avenir est sans espoir et que les choses ne peuvent s'améliorer | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Je ne me considère pas comme une ratée | <input type="checkbox"/> |
| | J'ai l'impression d'avoir subi plus d'échecs que le commun des mortels | <input type="checkbox"/> |
| | Quand je pense à mon passé, je ne vois que des échecs | <input type="checkbox"/> |
| | J'ai l'impression d'avoir complètement échoué dans la vie | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Je retire autant de satisfaction de la vie qu'auparavant | <input type="checkbox"/> |
| | Je ne retire plus autant de satisfaction de la vie qu'auparavant | <input type="checkbox"/> |
| | Je ne retire plus de satisfaction de quoi que ce soit | <input type="checkbox"/> |
| | Tout me rend insatisfaite ou m'ennuie | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Je ne me sens pas particulièrement coupable | <input type="checkbox"/> |
| | Je me sens coupable une bonne partie du temps | <input type="checkbox"/> |
| | Je me sens coupable la plupart du temps | <input type="checkbox"/> |
| | Je me sens continuellement coupable | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Je n'ai pas l'impression d'être punie | <input type="checkbox"/> |
| | J'ai l'impression que je pourrais être punie | <input type="checkbox"/> |
| | Je m'attends à être punie | <input type="checkbox"/> |
| | J'ai l'impression d'être punie | <input type="checkbox"/> |
| 7. | Je n'ai pas l'impression d'être déçue de moi | <input type="checkbox"/> |
| | Je suis déçue de moi | <input type="checkbox"/> |
| | Je suis dégoûtée de moi | <input type="checkbox"/> |
| | Je me hais | <input type="checkbox"/> |

- | | | |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 8. | Je n'ai pas l'impression d'être pire que quiconque | <input type="checkbox"/> |
| | Je suis critique de mes faiblesses ou de mes erreurs | <input type="checkbox"/> |
| | Je me blâme tout le temps pour mes erreurs | <input type="checkbox"/> |
| | Je me blâme pour tous les malheurs qui arrivent | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Je ne pense aucunement à me suicider | <input type="checkbox"/> |
| | J'ai parfois l'idée de me suicider, mais je n'irais pas jusqu'à passer aux actes | <input type="checkbox"/> |
| | J'aimerais me suicider | <input type="checkbox"/> |
| | J'aimerais me suicider si j'en avais l'occasion | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Je ne pleure pas plus qu'à l'ordinaire | <input type="checkbox"/> |
| | Je pleure plus qu'avant | <input type="checkbox"/> |
| | Je pleure continuellement maintenant | <input type="checkbox"/> |
| | Avant, je pouvais pleurer, mais maintenant, j'en suis incapable | <input type="checkbox"/> |
| 11. | Je ne suis pas plus irritée maintenant qu'auparavant | <input type="checkbox"/> |
| | Je suis agacée ou irritée plus facilement qu'auparavant | <input type="checkbox"/> |
| | Je suis continuellement irritée | <input type="checkbox"/> |
| | Je ne suis plus du tout irritée par les choses qui m'irritaient auparavant | <input type="checkbox"/> |
| 12. | Je n'ai pas perdu mon intérêt pour les gens | <input type="checkbox"/> |
| | Je suis moins intéressée par les gens qu'autrefois | <input type="checkbox"/> |
| | J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les gens | <input type="checkbox"/> |
| | J'ai perdu tout intérêt pour les gens | <input type="checkbox"/> |
| 13. | Je prends des décisions aussi facilement qu'avant | <input type="checkbox"/> |
| | Je remets des décisions beaucoup plus qu'auparavant | <input type="checkbox"/> |
| | J'ai beaucoup plus de difficulté à prendre des décisions qu'auparavant | <input type="checkbox"/> |
| | Je ne peux plus prendre de décisions | <input type="checkbox"/> |
| 14. | Je n'ai pas l'impression que mon apparence soit pire qu'auparavant | <input type="checkbox"/> |
| | J'ai peur de paraître vieille ou peu attrayante | <input type="checkbox"/> |
| | J'ai l'impression qu'il y a des changements permanents qui me rendent peu attrayante | <input type="checkbox"/> |
| | J'ai l'impression d'être laide | <input type="checkbox"/> |
| 15. | Je peux travailler aussi bien qu'avant | <input type="checkbox"/> |
| | Il faut que je fasse des efforts supplémentaires pour commencer | <input type="checkbox"/> |
| | Je dois me secouer très fort pour faire quoi que ce soit | <input type="checkbox"/> |
| | Je ne peux faire aucun travail | <input type="checkbox"/> |
| 16. | Je dors aussi bien que d'habitude | <input type="checkbox"/> |
| | Je ne dors pas aussi bien qu'avant | <input type="checkbox"/> |
| | Je me lève une à deux heures plus tôt qu'avant et j'ai du mal à me rendormir | <input type="checkbox"/> |
| | Je me réveille plusieurs heures plus tôt qu'avant et je ne peux pas me rendormir | <input type="checkbox"/> |

17. Je ne me sens pas plus fatiguée qu'à l'accoutumé ☐
 Je me fatigue plus facilement qu'auparavant ☐
 Je me fatigue pour un rien ☐
 Je suis trop fatiguée pour faire quoi que ce soit ☐
18. Mon appétit n'est pas pire que d'habitude ☐
 Mon appétit n'est pas aussi bon qu'il était ☐
 Mon appétit a beaucoup diminué ☐
 Je n'ai plus d'appétit du tout ☐
19. Je n'ai pas perdu de poids dernièrement ☐
 J'ai perdu plus de 5 livres ☐
 J'ai perdu plus de 10 livres ☐
 J'ai perdu plus de 15 livres ☐
- Je suis présentement au régime: Oui ☐ Non ☐
20. Ma santé ne me préoccupe pas plus que d'habitude ☐
 Je suis préoccupée par des problèmes de santé comme les douleurs, les maux
 d'estomac ou la constipation ☐
 Mon état de santé me préoccupe beaucoup et il m'est difficile de penser à autre
 chose ☐
 Je suis tellement préoccupée par mon état de santé qu'il m'est impossible de penser
 à autre chose ☐
21. Je n'ai remarqué aucun changement dans mon intérêt pour le sexe ☐
 J'ai moins de désirs sexuels qu'auparavant ☐
 J'ai maintenant beaucoup moins de désirs sexuels ☐
 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe ☐

SRQ

La liste d'énoncés qui suit correspond aux attitudes que les personnes de l'entourage manifestent à quelqu'un qui a vécu une expérience (agression physique ou sexuelle).

Encerclez le chiffre à droite de chaque énoncé en indiquant à quelle fréquence vous conjoint a réagi à votre expérience. Veuillez répondre à tous les énoncés (F)

0	1	2	3	4
JAMAIS	RAREMENT	QUELQUES FOIS	FRÉQUEMMENT	TOUJOURS

- | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1. Il vous a dit que ce n'est pas de votre faute. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Il s'est éloigné de vous. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Il voudrait se venger de l'agresseur. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Il a parlé de votre expérience sans votre accord. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Il vous a distrait en attirant votre attention ailleurs. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Il vous a réconforté en vous disant que tout va bien aller ou en vous soutenant. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Il vous a dit qu'il est désolé pour vous. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Il vous a aidé à recevoir des soins médicaux. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Il vous a dit que vous n'êtes pas à blâmer. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Il vous a traité d'une façon différente d'avant l'événement, ce qui vous rend mal à l'aise. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Il a tenté de prendre le contrôle de ce que vous faites ou des décisions que vous prenez. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Il a mis toute l'attention sur ses besoins et a négligé les vôtres. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Il vous a dit d'aller de l'avant avec votre vie. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Il vous a soutenu ou vous a dit que vous étiez aimée. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Il vous a rassuré en vous disant que vous étiez une bonne personne. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

0	1	2	3	4
JAMAIS	RAREMENT	QUELQUES FOIS	FRÉQUEMMENT	TOUJOURS

16.	Il vous a encouragé à aller chercher une aide thérapeutique.	0	1	2	3	4
17.	Il vous a dit que vous étiez à blâmer ou que vous devriez avoir honte de votre expérience.	0	1	2	3	4
18.	Il a évité de vous parler ou consacrer du temps avec vous.	0	1	2	3	4
19.	Il a pris des décisions ou a fait des choses pour vous (à votre place).	0	1	2	3	4
20.	Il a dit qu'il se sentait personnellement malheureux de votre expérience.	0	1	2	3	4
21.	Il vous a dit de cesser d'y penser.	0	1	2	3	4
22.	Il vous a écouté parler de vos sentiments.	0	1	2	3	4
23.	Il a tenu compte de votre point de vue et n'a pas porté de jugement.	0	1	2	3	4
24.	Il vous a aidé à obtenir de l'information sur la meilleure façon de faire face à votre expérience.	0	1	2	3	4
25.	Il vous a dit que vous auriez pu faire en sorte de prévenir qu'une telle expérience vous soit arrivée.	0	1	2	3	4
26.	Il a agi comme si vous aviez été un bien souillé ou en quelque sorte différente d'avant.	0	1	2	3	4
27.	Il vous a traité comme si vous étiez une enfant ou en quelque sorte incompetente.	0	1	2	3	4
28.	Il a exprimé tellement de colère envers l'agresseur que vous avez du le calmer.	0	1	2	3	4
29.	Il vous a demandé de cesser d'en parler.	0	1	2	3	4
30.	Il a manifesté de la compréhension face à votre expérience.	0	1	2	3	4
31.	Il a reformulé l'expérience comme un cas évident de victimisation.	0	1	2	3	4
32.	Il vous a amené à la police.	0	1	2	3	4
		0	1	2	3	4

0	1	2	3	4
JAMAIS	RAREMENT	QUELQUES FOIS	FRÉQUEMMENT	TOUJOURS

33. Il vous a dit que vous étiez irresponsable ou pas suffisamment prudente.

34. Il a minimisé l'importance ou le sérieux de votre expérience. 0 1 2 3 4

35. Il vous a dit qu'il savait comment vous vous sentiez alors qu'en réalité il ne le savait pas. 0 1 2 3 4

36. Il a été tellement bouleversé qu'il a eu besoin de votre réconfort. 0 1 2 3 4

37. Il a tenté de vous dissuader de parler de l'expérience. 0 1 2 3 4

38. Il a partagé sa propre expérience avec vous. 0 1 2 3 4

39. Il a été réellement capable d'accepter le récit de votre expérience. 0 1 2 3 4

40. Il a consacré du temps avec vous. 0 1 2 3 4

41. Il vous a dit que vous n'aviez rien fait de mal. 0 1 2 3 4

42. Il a fait des blagues ou des commentaires sarcastiques à propos de votre type d'expérience. 0 1 2 3 4

43. Il vous a fait sentir comme quelqu'un qui ne savait pas s'occuper d'elle-même. 0 1 2 3 4

44. Il a dit qu'il sent que vous êtes souillée par cette expérience. 0 1 2 3 4

45. Il vous encourage à garder cette expérience secrète. 0 1 2 3 4

46. Il a semblé comprendre comment vous vous sentiez. 0 1 2 3 4

47. Il a cru votre récit de ce qui s'est passé ou de ce que vous avez vécu. 0 1 2 3 4

48. Il a fourni des informations et a discuté des alternatives. 0 1 2 3 4

ÉCHELLE D'AJUSTEMENT CONJUGAL

(Locke et Wallace, 1959; traduit et adapté par Wright et Sabourin, 1985)

1. Sur l'échelle ci-dessous, encerclez le point qui décrit le mieux le degré de bonheur que vous procure, en général, votre relation conjugale actuelle. Le point du milieu "heureux" représente le degré de bonheur que la majorité des gens retirent de la vie conjugale; l'échelle s'étend d'un côté vers une minorité qui est vraiment malheureuse et de l'autre côté vers une minorité qui connaît un bonheur exceptionnel.

Très malheureux-se Heureux-se Parfaitement heureux-se

Indiquez jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec votre partenaire à propos des points suivants. Mettez un (X) dans la colonne qui correspond le mieux à votre opinion.

	Toujours d'accord	Presque toujours d'accord	Parfois en désaccord	Souvent en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
2. Organisation du budget familial						
3. Loisirs						
4. Marques d'affection						
5. Amis-es						
6. Relations sexuelles						
7. Conventions sociales (bonne manières, ce qui se fait, ce qui ne se fait pas)						
8. Philosophie de la vie						
9. Relations avec la belle-famille						

Répondez à chacune des questions suivantes en encerclant la réponse appropriée. Si vous ne pouvez donner une réponse exacte à une question, encerclez la réponse qui vous semble la plus appropriée à votre cas.

10. Quand il y désaccord entre vous,
- a) c'est votre partenaire qui cède
 - b) c'est vous qui cédez
 - c) vous arrivez à établir un compromis
11. Est-ce que vous et votre partenaire avez des activités ensemble en dehors de la maison?
- a) toutes
 - b) quelques-unes
 - c) très peu
 - d) aucune
12. Pour occuper vos moments de loisirs, que préférez-vous généralement?
- a) des activités à l'extérieur de la maison
 - b) rester à la maison
- Votre partenaire à l'extérieur de la maison
- a) des activités à l'extérieur de la maison
 - b) rester à la maison
13. Avez-vous déjà souhaité ne pas avoir épousé (ou ne pas vivre avec) votre partenaire?
- a) fréquemment
 - b) occasionnellement
 - c) rarement
 - d) jamais
14. Si vous pouviez recommencer votre vie, pensez-vous que vous voudriez :
- a) épouser (ou vivre avec) la même personne
 - b) épouser (ou vivre avec) une autre personne
 - c) ne pas épouser (ou ne pas vivre avec) quelqu'un
15. Est-ce que vous vous confiez à votre partenaire?
- a) presque jamais
 - b) rarement
 - c) très souvent
 - d) toujours

REÇU
FRAIS DE PARTICIPATION A UN PROJET DE RECHERCHE

Titre de l'étude : évaluation chez le, la partenaire d'une victime des conséquences
de l'agression sexuelle

Responsables : Christiane Khouzam, chercheure principale, étudiante au doctorat
André Marchand, co-chercheur, directeur de thèse

Montant : \$

Évaluatrice : Christiane Khouzam

Évaluatrice : Valérie Billette

Signature :

Date :

**LA PARTICIPANTE RECONNAIT AVOIR REÇU LA SOMME
MENTIONNÉE SUR CE REÇU POUR SA PARTICIPATION A
L'ÉTUDE.**

Nom :

Signature :

Date :

Numéro de dossier :

APPENDICE G

QUESTIONNAIRES CLINIQUES VERSION CONJOINTS

Questionnaires

_____ / _____ / _____
jour mois année

Christiane Khouzam (514) 987-3000 poste 5648 ou (514) 890-8100

Présentation des questionnaires

Nous vous remercions d'avoir accepté de répondre aux questionnaires sur l'intimité, la satisfaction conjugale et sexuelle dans le couple et sur le soutien social offert et reçu par votre partenaire.

A cette étape, votre participation se limite à répondre à dix questionnaires. soit à l'université, l'hôpital ou à votre domicile. Le temps de passation des questionnaires est de 40 minutes. Il n'y a ni bonnes ni mauvaises réponses. Pour ne pas influencer vos réponses, nous vous demandons de répondre individuellement aux questionnaires, de ne pas consulter votre partenaire, ni échanger entre vous pendant que vous répondez aux questionnaires. Ces questions ne sont ni des examens ni des tests. Afin de protéger la confidentialités des données, seuls certains membres de notre laboratoire auront accès aux questionnaires. Ces données seront détruites aussitôt que l'étude sera terminée. Suite à la réception des questionnaires, à titre de compensation, votre participation vous donne droit à un montant de 50.00\$.

Deuxième étape de l'étude

Votre participation se limite à revenir et à répondre à nouveau à tous les questionnaires **4 mois après la première rencontre**. Suite à la réception des questionnaires et à la rencontre, à titre de compensation, votre participation vous donne droit à un montant de 50.00\$.

Cette étude ne comporte aucun risque physique ou psychologique à répondre à ces questionnaires. Le but de cette recherche est d'obtenir des informations sur des situations précises et non pas de vous faire revivre les événements. Il est possible que le fait de répondre à certaines questions, suscite certains souvenirs ou émotions désagréables comparables à ce que vous avez déjà éprouvé jusqu'à ce jour dans diverses situations.

Christiane Khouzam 987-3000 poste 5640

Répondez à ce questionnaire relativement à l'événement que vous venez de vivre en indiquant la fréquence et la sévérité des symptômes vécus dans les **2 dernières semaines**. Utilisez l'échelle de fréquence pour indiquer la fréquence des symptômes dans la colonne située à la gauche de chacun des énoncés. Ensuite, à l'aide de l'échelle de sévérité, encrer la lettre qui correspond le mieux à la sévérité de chacun des énoncés.

** Si vous n'avez pas vécu d'événement traumatique, vous ne répondez pas à ce questionnaire*

FRÉQUENCE

- 0** Pas du tout
- 1** Une fois par semaine ou moins/
un petit peu/une fois de temps en temps
- 2** 2 à 4 fois par semaine/
assez/la moitié du temps
- 3** 5 fois ou plus par semaine/
beaucoup/presque toujours

SÉVÉRITÉ

- A** Pas du tout perturbant
- B** Un peu perturbant
- C** Modérément perturbant
- D** Beaucoup perturbant
- E** Extrêmement perturbant

FRÉQUENCE

SÉVÉRITÉ

- | | | | | | | | |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---|---|---|---|---|
| ___ 1. | Avez-vous eu des pensées ou des souvenirs pénibles récurrents ou intrusifs concernant l'événement(s)? | ... | A | B | C | D | E |
| ___ 2. | Avez-vous eu et continuez-vous à avoir des mauvais rêves ou des cauchemars récurrents concernant l'événement(s)? | ... | A | B | C | D | E |
| ___ 3. | Avez-vous vécu l'expérience de soudainement revivre l'événement(s), d'avoir un retour en arrière, d'agir ou de sentir que celui-ci se reproduisait. | ... | A | B | C | D | E |
| ___ 4. | Avez-vous été perturbé(e) et continuez-vous à être perturbé de façon intense ÉMOTIONNELLEMENT lorsqu'on vous rappelait l'événement(s) (incluant la date d'anniversaire de l'événement). | ... | A | B | C | D | E |
| ___ 5. | Avez-vous fait et continuez-vous de faire des efforts de façon persistante pour éviter les pensées et les sentiments associés à l'événement(s). | ... | A | B | C | D | E |
| ___ 6. | Avez-vous fait et continuez-vous de faire des efforts de façon persistante pour éviter les activités, les situations ou les endroits qui vous remémorent l'événement(s). | ... | A | B | C | D | E |
| ___ 7. | Y-a-t'il des aspects importants de l'événement(s) dont vous ne pouvez toujours pas vous rappeler. | ... | A | B | C | D | E |
| ___ 8. | Avez-vous perdu de façon marquée vos intérêts pour vos loisirs depuis l'événement(s). | ... | A | B | C | D | E |
| ___ 9. | Vous êtes vous senti(e) détaché(e) ou coupé(e) des gens autour de vous depuis l'événement(s). | ... | A | B | C | D | E |
| ___ 10. | Avez-vous senti(e) que votre capacité à ressentir vos émotions a diminué (ex.: incapable d'avoir des sentiments d'amoureux, sentiment d'être sans émotion, incapacité à pleurer lorsque triste, etc.)? | ... | A | B | C | D | E |
| ___ 11. | Avez-vous perçu(e) que les plans ou les espoirs futurs ont changés en raison de l'événement(s) (ex.: plus de carrière, mariage, enfants ou de vie longue)? | ... | A | B | C | D | E |
| ___ 12. | Avez-vous eu et continuez-vous d'avoir des difficultés persistante à vous endormir ou à rester endormi(e)? | ... | A | B | C | D | E |
| ___ 13. | Avez-vous été et continuez-vous d'être constamment irritable ou porter à éclater soudainement de colère? | ... | A | B | C | D | E |
| ___ 14. | Avez-vous eu et continuez-vous d'avoir des difficultés persistantes à vous concentrer? | ... | A | B | C | D | E |
| ___ 15. | Êtes-vous excessivement en état d'alerte (par ex.: vérifier qui est autour de vous, etc.) depuis l'événement(s)? | ... | A | B | C | D | E |
| ___ 16. | Avez-vous été plus nerveux(se), plus facilement effrayé(e) depuis l'événement? | ... | A | B | C | D | E |
| ___ 17. | Avez-vous eu des réactions PHYSIQUES intenses (par ex.: sueurs, palpitations) lorsqu'on vous rappelle l'événement(s)? | ... | A | B | C | D | E |

Partie A

Répondez à ces énoncés comme si elles s'appliquaient à vos relations actuelles. Veuillez utiliser l'échelle de 1 à 5 en encerclant le chiffre à droite de l'énoncé qui indique celui qui vous caractérise le plus. **Veuillez répondre à toutes les affirmations.**

	1	2	3	4	5
	ne me caractérise pas du tout	me caractérise un peu	me caractérise modérément	me caractérise beaucoup	me caractérise énormément
1.	Je me sentirai mal à l'aise de révéler à "P" des choses de mon passé pour lesquelles j'ai ressenti de la honte...				
2.	Je me sentirai mal à l'aise de parler à "P" de quelque chose qui m'a profondément blessé...				
3.	Je me sentirai à l'aise d'exprimer mes vrais sentiments à "P".				
4.	Si "P" était préoccupé(e), j'aurais peur parfois de lui montrer que je m'en soucie...				
5.	J'aurais peu de confier mes sentiments les plus intimes à "P".				
6.	Je me sentirais à l'aise de dire à "P" que je me soucie de lui / d'elle.				
7.	Je voudrais avoir des sentiments de totale harmonie avec "P".				
8.	Je me sentirais à l'aise de discuter de problèmes importants avec "P".				
9.	Une partie de moi-même aurait peur de s'engager à long terme avec "P".				
10.	Je me sentirais à l'aise de partager mes expériences passées avec "P" même les plus tristes.				
11.	Je me sentirais probablement nerveux/nerveuse de montrer de grandes marques d'affection à "P".				
12.	Je trouverais difficile de dévoiler mes pensées personnelles à "P".				
13.	Je me sentirais mal à l'aise avec "P" s'il dépendait de moi pour le soutenir moralement.				
14.	Je n'aurais pas peur de partager ce que je n'aime pas de moi-même avec "P".				
15.	J'aurais peur de prendre le risque d'être blessé(e) en établissant une relation intime avec "P".				
16.	Je me sentirais plus à l'aise de garder des informations très personnelles pour moi-même.				
17.	Je ne serais pas nerveux/nerveuse d'être spontané(e) avec "P".				

	1 ne me caractérise pas du tout	2 me caractérise un peu	3 me caractérise modérément	4 me caractérise beaucoup	5 me caractérise énormément
18. Je me sentirais à l'aise de dire à "P" des choses que je ne dis à personne d'autre.	1	2	3	4	5
19. Je me sentirais à l'aise de confier à "P" mes pensées et sentiments intimes en toute confiance.	1	2	3	4	5
20. Je me sentirais parfois mal à l'aise si "P" me confiait ses préoccupations très personnelles.	1	2	3	4	5
21. Je me sentirais à l'aise de révéler mes limites et mes faiblesses à "P".	1	2	3	4	5
22. Je me sentirais à l'aise d'avoir un lien émotif intime entre nous.	1	2	3	4	5
23. J'aurais peur de partager mes pensées intimes avec "P".	1	2	3	4	5
24. J'aurais peur de ne pas toujours me sentir près de "P".	1	2	3	4	5
25. Je me sentirais à l'aise d'exprimer à "P" quels sont mes besoins.	1	2	3	4	5
26. J'aurais peur que "P" s'investisse plus que moi dans la relation.	1	2	3	4	5
27. Je me sentirais à l'aise d'avoir un échange ouvert et honnête avec "P".	1	2	3	4	5
28. Je me sentirais, certaines fois, mal à l'aise d'écouter les problèmes personnels de "P".	1	2	3	4	5
29. Je me sentirais à l'aise d'être complètement moi-même avec "P".	1	2	3	4	5
30. Je me sentirais à l'aise d'être avec "P" et de parler de nos projets personnels.	1	2	3	4	5

Partie B

Instruction: Répondez à ces énoncés comme si ils s'appliquaient à vos relations passées. Veuillez utiliser la même échelle de 1 à 5 qu'à la section "A" pour indiquer l'énoncé qui vous caractérise le plus.

31. J'ai fuit les opportunités d'être proche de quelqu'un.	1	2	3	4	5
32. J'ai retenu mes sentiments dans mes relations précédentes.	1	2	3	4	5
33. Certaines personnes pensent que j'ai peur d'être près d'elle.	1	2	3	4	5
34. Certaines personnes pensent que ce n'est pas facile de bien me connaître.	1	2	3	4	5
35. Dans mes relations antérieures, j'ai agi afin de m'empêcher de développer de l'intimité.	1	2	3	4	5

QCS

Imaginez que vous êtes en présence d'une personne (amie, conjointe, partenaire) qui vous est chère et qui vit une situation de crise (agression physique ou agression sexuelle) et vous désirez l'aider.

Voici une liste de certaines attitudes qu'un individu peut faire ou ne pas faire pour aider la personne en détresse. (H) **Veillez encercler le chiffre à droite de l'énoncé qui correspond à l'attitude qui aide ou l'attitude qui n'aide pas. Veillez répondre à toutes les affirmations.**

	1 = attitude qui aide 1	2 = attitude qui n'aide pas 2
1. Vous lui montrez que son problème vous touche, vous préoccupe (par exemple: montrer que vous êtes aussi affecté par le problème).		
2. Vous lui donnez l'opportunité d'exprimer ouvertement ses sentiments (par exemple: crier, pleurer, être en colère).	1	2
3. Vous l'encouragez à faire face au problème et à se prendre en main.	1	2
4. Vous lui passez le message de ne pas exagérer la situation plus qu'il ne faut (par exemple: ça pourrait être pire, ce n'est pas si dramatique).	1	2
5. Vous agissez avec bonne humeur même si vous avez à vous forcer.	1	2
6. Vous donnez une signification philosophique à l'événement (par exemple: pour chaque chose, il y a une raison; toute chose est décidée d'avance; il était écrit dans le ciel que ceci devait arriver).	1	2
7. Vous donnez un sens religieux à la situation (par exemple: c'est la volonté de Dieu, Dieu a des raisons pour tout ce qu'il fait).	1	2
8. Vous lui montrez de l'intérêt.	1	2
9. Vous consentez volontiers à investir du temps et de l'attention.	1	2
10. Vous orientez la conversation vers un sujet plus joyeux.	1	2
11. Vous montrez que vous comprenez ses sentiments (par exemple: je comprends ce que tu ressens).	1	2
12. Vous écoutez.	1	2
13. Vous offrez du soutien par un rapprochement ou une intimité physique.	1	2
14. Vous partagez avec elle votre propre expérience dans une situation similaire.	1	2
15. Vous l'encouragez à oublier et à s'ouvrir à de nouveaux horizons.	1	2
16. Vous lui donnez de votre temps.	1	2
17. Vous montrez de l'affection.	1	2

(CS)

La liste ci-dessous indique des comportements qui aident ou qui n'aident pas quelqu'un en détresse. Votre conjointe, amie ou partenaire est en détresse et désire de l'aide ou du soutien. **Veuillez encercler le chiffre à droite de l'énoncé** qui indique jusqu'à quel point vous effectuer chacun des comportements décrits ci-bas (H). **Veuillez répondre à toutes les informations.**

	1 jamais	2 rarement	3 quelques fois	4 fréquemment	5 toujours
1. Vous vous montrez préoccupé (par exemple: montrer de l'intérêt, montrer de la chaleur, montrer que vous êtes aussi affecté par le problème).	1	2	3	4	5
2. Vous lui donnez l'opportunité d'exprimer ouvertement ses sentiments (par exemple: écouter, poser des questions qui ne clorent pas le sujet ou qui ne la décourage pas à exprimer ses sentiments).	1	2	3	4	5
3. Vous lui donnez des conseils (par exemple: lui dire ce qu'elle devrait faire).	1	2	3	4	5
4. Vous lui dites que vous savez exactement comment elle se sent (par exemple: je sais exactement par où tu passes).	1	2	3	4	5
5. Vous l'encouragez de dépasser ce qui vous est arrivé (par exemple: en lui disant de se prendre en main).	1	2	3	4	5
6. Vous lui signifiez de ne pas amplifier la situation à l'extrême (par exemple: ce n'est pas si mal, tout va bien aller, ça aurait pu être pire).	1	2	3	4	5
7. Vous essayez d'être joyeux en dépit de la situation (par exemple: sourire en dépit du fait que ce n'est pas concordant avec la situation, agir de manière forcée et souriante).	1	2	3	4	5
8. Vous donnez une signification philosophique à la situation (par exemple: il y a une raison pour toute chose, tout est décidé à l'avance, il était écrit dans le ciel que ça devait arriver).	1	2	3	4	5
9. Vous donnez une raison religieuse pour expliquer la situation (par exemple: c'est le dessein de Dieu, Dieu a des raisons pour tout ce qu'il fait).	1	2	3	4	5
10. Vous la soutenez par votre présence physique (par exemple: toute manifestation ou rapprochement physique qui exprime de l'affection ou de l'attention).	1	2	3	4	5
11. Vous parlez de vous-même (par exemple: attirer l'attention sur vous-même, lui dire que vous savez ce par quoi tu passes; une fois j'étais dans la même situation et je...).	1	2	3	4	5
12. Vous restez avec elle lorsqu'elle en a besoin (par exemple: investis temps et attention pour elle ou monter la volonté de le faire).	1	2	3	4	5
13. Vous lui montrez que vous comprenez comment elle se sent (par exemple: je comprends ce que tu ressens).	1	2	3	4	5
14. Vous lui donnez de l'aide pour les tâches (par exemple: aider aux tâches ménagères, aider avec les enfants, aider avec arrangements au travail, pour les courses et autres responsabilités).	1	2	3	4	5

Évaluation de la satisfaction sexuelle

CONSIGNE:

Ce questionnaire a pour but de mesurer le degré de satisfaction que vous retirez de votre relation sexuelle avec votre partenaire. Répondez à chaque item avec le plus d'attention et de précision possible en encrant l'un des chiffre suivants :

Veuillez commencer :

		Rarement ou jamais	Peu souvent	Quelques fois	Assez souvent	La plupart du temps
1.	J'ai l'impression que mon(ma) partenaire apprécie notre vie sexuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Ma vie sexuelle est passionnante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Les relations sexuelles sont plaisantes pour mon(ma) partenaire et moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	C'est devenu une corvée d'avoir une relation sexuelle avec mon(ma) partenaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Je trouve que la sexualité est sale et dégoûtante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Ma vie sexuelle est monotone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Nos relations sexuelles sont trop précipitées et rapidement complétées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Je trouve que ma vie sexuelle manque de qualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Mon(ma) partenaire est très excitant(e) sexuellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	J'apprécie les techniques sexuelles que mon(ma) partenaire aime ou utilise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Je trouve que mon(ma) partenaire me demande trop au point de vue sexuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Je trouve que la sexualité, c'est merveilleux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Mon(ma) partenaire attache trop d'importance à la sexualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	J'essaie d'éviter les contacts sexuels avec mon(ma) partenaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Mon(ma) partenaire est trop brusque ou brutal(e) lors de nos relations sexuelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Mon(ma) partenaire est un(e) compagnon(compagne) sexuel(le) merveilleux(se)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Je considère la sexualité comme une composante normale de notre relation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Mon(ma) partenaire refuse les relations sexuelles quand j'en désire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Je considère que notre vie sexuelle ajoute vraiment beaucoup à notre relation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Mon(ma) partenaire refuse les relations sexuelles quand j'en désire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Il m'est facile d'être excité(e) sexuellement par mon(ma) partenaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	J'ai l'impression que mon(ma) partenaire est satisfait(e) sexuellement avec moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Mon(ma) partenaire est très sensible à mes besoins et à mes désirs sexuels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Mon(ma) partenaire ne me satisfait pas sexuellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Je trouve que ma vie sexuelle est ennuyante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ce questionnaire contient des groupes d'énoncés. Lisez attentivement tous les énoncés pour chaque groupe, puis cochez la case correspondant à l'énoncé qui décrit le mieux la façon dont vous vous êtes sentie au cours des 7 derniers jours, aujourd'hui compris. Si plusieurs énoncés semblent convenir également bien, cochez chacun d'eux. Veuillez vous assurer d'avoir lu tous les énoncés de chaque groupe avant d'effectuer votre choix.

- | | | |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 1. | Je ne me sens pas triste | <input type="checkbox"/> |
| | Je me sens triste | <input type="checkbox"/> |
| | Je suis tout le temps triste et je ne peux m'en sortir | <input type="checkbox"/> |
| | Je suis si triste que je ne peux le supporter | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Je ne suis pas particulièrement découragée par l'avenir | <input type="checkbox"/> |
| | Je me sens découragée par l'avenir | <input type="checkbox"/> |
| | J'ai l'impression de n'avoir aucune attente dans la vie | <input type="checkbox"/> |
| | J'ai l'impression que l'avenir est sans espoir et que les choses ne peuvent s'améliorer | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Je ne me considère pas comme une ratée | <input type="checkbox"/> |
| | J'ai l'impression d'avoir subi plus d'échecs que le commun des mortels | <input type="checkbox"/> |
| | Quand je pense à mon passé, je ne vois que des échecs | <input type="checkbox"/> |
| | J'ai l'impression d'avoir complètement échoué dans la vie | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Je retire autant de satisfaction de la vie qu'auparavant | <input type="checkbox"/> |
| | Je ne retire plus autant de satisfaction de la vie qu'auparavant | <input type="checkbox"/> |
| | Je ne retire plus de satisfaction de quoi que ce soit | <input type="checkbox"/> |
| | Tout me rend insatisfaite ou m'ennuie | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Je ne me sens pas particulièrement coupable | <input type="checkbox"/> |
| | Je me sens coupable une bonne partie du temps | <input type="checkbox"/> |
| | Je me sens coupable la plupart du temps | <input type="checkbox"/> |
| | Je me sens continuellement coupable | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Je n'ai pas l'impression d'être punie | <input type="checkbox"/> |
| | J'ai l'impression que je pourrais être punie | <input type="checkbox"/> |
| | Je m'attends à être punie | <input type="checkbox"/> |
| | J'ai l'impression d'être punie | <input type="checkbox"/> |
| 7. | Je n'ai pas l'impression d'être déçue de moi | <input type="checkbox"/> |
| | Je suis déçue de moi | <input type="checkbox"/> |
| | Je suis dégoûtée de moi | <input type="checkbox"/> |
| | Je me hais | <input type="checkbox"/> |

- | | | |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 8. | Je n'ai pas l'impression d'être pire que quiconque | <input type="checkbox"/> |
| | Je suis critique de mes faiblesses ou de mes erreurs | <input type="checkbox"/> |
| | Je me blâme tout le temps pour mes erreurs | <input type="checkbox"/> |
| | Je me blâme pour tous les malheurs qui arrivent | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Je ne pense aucunement à me suicider | <input type="checkbox"/> |
| | J'ai parfois l'idée de me suicider, mais je n'irais pas jusqu'à passer aux actes | <input type="checkbox"/> |
| | J'aimerais me suicider | <input type="checkbox"/> |
| | J'aimerais me suicider si j'en avais l'occasion | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Je ne pleure pas plus qu'à l'ordinaire | <input type="checkbox"/> |
| | Je pleure plus qu'avant | <input type="checkbox"/> |
| | Je pleure continuellement maintenant | <input type="checkbox"/> |
| | Avant, je pouvais pleurer, mais maintenant, j'en suis incapable | <input type="checkbox"/> |
| 11. | Je ne suis pas plus irritée maintenant qu'auparavant | <input type="checkbox"/> |
| | Je suis agacée ou irritée plus facilement qu'auparavant | <input type="checkbox"/> |
| | Je suis continuellement irritée | <input type="checkbox"/> |
| | Je ne suis plus du tout irritée par les choses qui m'irritaient auparavant | <input type="checkbox"/> |
| 12. | Je n'ai pas perdu mon intérêt pour les gens | <input type="checkbox"/> |
| | Je suis moins intéressée par les gens qu'autrefois | <input type="checkbox"/> |
| | J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les gens | <input type="checkbox"/> |
| | J'ai perdu tout intérêt pour les gens | <input type="checkbox"/> |
| 13. | Je prends des décisions aussi facilement qu'avant | <input type="checkbox"/> |
| | Je remets des décisions beaucoup plus qu'auparavant | <input type="checkbox"/> |
| | J'ai beaucoup plus de difficulté à prendre des décisions qu'auparavant | <input type="checkbox"/> |
| | Je ne peux plus prendre de décisions | <input type="checkbox"/> |
| 14. | Je n'ai pas l'impression que mon apparence soit pire qu'auparavant | <input type="checkbox"/> |
| | J'ai peur de paraître vieille ou peu attrayante | <input type="checkbox"/> |
| | J'ai l'impression qu'il y a des changements permanents qui me rendent peu attrayante | <input type="checkbox"/> |
| | J'ai l'impression d'être laide | <input type="checkbox"/> |
| 15. | Je peux travailler aussi bien qu'avant | <input type="checkbox"/> |
| | Il faut que je fasse des efforts supplémentaires pour commencer | <input type="checkbox"/> |
| | Je dois me secouer très fort pour faire quoi que ce soit | <input type="checkbox"/> |
| | Je ne peux faire aucun travail | <input type="checkbox"/> |
| 16. | Je dors aussi bien que d'habitude | <input type="checkbox"/> |
| | Je ne dors pas aussi bien qu'avant | <input type="checkbox"/> |
| | Je me lève une à deux heures plus tôt qu'avant et j'ai du mal à me rendormir | <input type="checkbox"/> |
| | Je me réveille plusieurs heures plus tôt qu'avant et je ne peux pas me rendormir | <input type="checkbox"/> |

17. Je ne me sens pas plus fatiguée qu'à l'accoutumé ☐
 Je me fatigue plus facilement qu'auparavant ☐
 Je me fatigue pour un rien ☐
 Je suis trop fatiguée pour faire quoi que ce soit ☐
18. Mon appétit n'est pas pire que d'habitude ☐
 Mon appétit n'est pas aussi bon qu'il était ☐
 Mon appétit a beaucoup diminué ☐
 Je n'ai plus d'appétit du tout ☐
19. Je n'ai pas perdu de poids dernièrement ☐
 J'ai perdu plus de 5 livres ☐
 J'ai perdu plus de 10 livres ☐
 J'ai perdu plus de 15 livres ☐
- Je suis présentement au régime: Oui ☐ Non ☐
20. Ma santé ne me préoccupe pas plus que d'habitude ☐
 Je suis préoccupée par des problèmes de santé comme les douleurs, les maux
 d'estomac ou la constipation ☐
 Mon état de santé me préoccupe beaucoup et il m'est difficile de penser à autre
 chose ☐
 Je suis tellement préoccupée par mon état de santé qu'il m'est impossible de penser
 à autre chose ☐
21. Je n'ai remarqué aucun changement dans mon intérêt pour le sexe ☐
 J'ai moins de désirs sexuels qu'auparavant ☐
 J'ai maintenant beaucoup moins de désirs sexuels ☐
 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe ☐

SRQ

La liste d'énoncés qui suit correspond aux attitudes que les personnes de l'entourage (ami, conjoint, parents) manifestent à quelqu'un qui a vécu une expérience (agression physique ou sexuelle).

Encerclez le chiffre à droite de chaque énoncé indiquant combien de fois vous avez réagi à l'expérience vécue par votre conjointe. (H)

0	1	2	3	4
JAMAIS	RAREMENT	QUELQUES FOIS	FRÉQUEMMENT	TOUJOURS

- | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1. Vous lui avez dit que ce n'est pas de sa faute. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Vous vous êtes éloigné d'elle. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Vous voudriez vous venger de l'agresseur. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Vous avez parlé de son expérience sans son accord. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Vous l'avez distraite en attirant son attention ailleurs. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Vous l'avez réconfortée en lui disant que tout va bien aller ou en la soutenant. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Vous lui avez dit que vous êtes désolé pour elle. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Vous l'avez aidée à recevoir des soins médicaux. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Vous lui avez dit qu'elle n'est pas à blâmer. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Vous l'avez traitée d'une façon différente d'avant l'événement, ce qui la rend mal à l'aise. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Vous avez tenté de prendre le contrôle de ce qu'elle fait ou des décisions qu'elle prend. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Vous avez mis toute l'attention sur vos besoins et vous avez négligé les siens. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Vous lui avez dit d'aller de l'avant avec sa vie. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Vous l'avez soutenu ou vous lui avez dit qu'elle était aimée. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Vous l'avez rassurée en lui disant qu'elle était une bonne personne. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

0	1	2	3	4
JAMAIS	RAREMENT	QUELQUES FOIS	FRÉQUEMMENT	TOUJOURS

- | | | | | | | |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 16. | Vous l'avez encouragée à aller chercher une aide thérapeutique. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. | Vous lui avez dit qu'elle était à blâmer ou qu'elle devait avoir honte de son expérience. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. | Vous avez évité de lui parler ou de consacrer du temps avec elle. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. | Vous avez pris des décisions ou avez fait des choses pour elle (à sa place). | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. | Vous avez dit que vous vous sentiez personnellement malheureux de son expérience. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. | Vous lui avez dit de cesser d'y penser. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. | Vous l'avez écouté parler de ses sentiments. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. | Vous avez tenu compte de son point de vue et n'avez pas porté de jugement. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. | Vous l'avez aidée à obtenir de l'information sur la meilleure façon de faire face à son expérience. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. | Vous lui avez dit qu'elle aurait pu faire en sorte de prévenir qu'une telle expérience lui soit arrivée. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. | Vous avez agi comme si elle avait été un bien souillé ou en quelque sorte différente d'avant. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. | Vous l'avez traitée comme si elle était une enfant ou en quelque sorte incompetente. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. | Vous avez exprimé tellement de colère envers l'agresseur qu'elle a du vous calmer. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. | Vous lui avez demandé de cesser d'en parler. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. | Vous lui avez montré de la compréhension face à son expérience. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31. | Vous avez reconnu l'expérience comme un cas évident de victimisation. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. | Vous l'avez amenée à la police. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

0	1	2	3	4
JAMAIS	RAREMENT	QUELQUES FOIS	FRÉQUEMMENT	TOUJOURS

- | | | | | | | |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 33. | Vous lui avez dit qu'elle était irresponsable ou pas suffisamment prudente. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34. | Vos avez minimisé l'importance ou le sérieux de son expérience. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35. | Vous lui avez dit que vous saviez comment elle se sentait alors qu'en réalité vous ne le saviez pas. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36. | Vous avez été tellement bouleversé que vous avez eu besoin de votre réconfort. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37. | Vous avez tenté de la dissuader de parler de l'expérience. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38. | Vous avez partagé votre propre expérience avec elle. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39. | Vous avez été réellement capable d'accepter le récit de son expérience. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40. | Vous avez consacré du temps avec elle. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 41. | Vous avez dit qu'elle n'avait rien fait de mal. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 42. | Vous avez fait des blagues ou des commentaires sarcastiques à propos de son type d'expérience. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 43. | Vous lui avez fait sentir qu'elle ne savait pas s'occuper d'elle. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 44. | Vous lui avez dit que vous sentiez qu'elle était souillée par cette expérience. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 45. | Vous l'avez encouragé à garder cette expérience secrète. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 46. | Vous avez semblé comprendre comment elle se sentait. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 47. | Vous avez cru son récit au sujet de ce qui s'est passé. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 48. | Vous lui avez fourni des informations et avez discuté des alternatives. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

(Locke et Wallace, 1959; traduit et adapté par Wright et Sabourin, 1985)

- Très malheureux-se Heureux-se Parfaitement heureux-se

	Toujours d'accord	Presque toujours d'accord	Parfois en désaccord	Souvent en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
2. Organisation du budget familial						
3. Loisirs						
4. Marques d'affection						
5. Amis-es						
6. Relations sexuelles						
7. Conventions sociales (bonne manières, ce qui se fait, ce qui ne se fait pas)						
8. Philosophie de la vie						
9. Relations avec la belle-famille						

Répondez à chacune des questions suivantes en encerclant la réponse appropriée. Si vous ne pouvez donner une réponse exacte à une question, encerclez la réponse qui vous semble la plus appropriée à votre cas.

10. Quand il y désaccord entre vous,
- a) c'est votre partenaire qui cède
 - b) c'est vous qui cédez
 - c) vous arrivez à établir un compromis
11. Est-ce que vous et votre partenaire avez des activités ensemble en dehors de la maison?
- a) toutes
 - b) quelques-unes
 - c) très peu
 - d) aucune
12. Pour occuper vos moments de loisirs, que préférez-vous généralement?
- a) des activités à l'extérieur de la maison
 - b) rester à la maison
- Votre partenaire à l'extérieur de la maison
- a) des activités à l'extérieur de la maison
 - b) rester à la maison
13. Avez-vous déjà souhaité ne pas avoir épousé (ou ne pas vivre avec) votre partenaire?
- a) fréquemment
 - b) occasionnellement
 - c) rarement
 - d) jamais
14. Si vous pouviez recommencer votre vie, pensez-vous que vous voudriez :
- a) épouser (ou vivre avec) la même personne
 - b) épouser (ou vivre avec) une autre personne
 - c) ne pas épouser (ou ne pas vivre avec) quelqu'un
15. Est-ce que vous vous confiez à votre partenaire?
- a) presque jamais
 - b) rarement
 - c) très souvent
 - d) toujours

REÇU
FRAIS DE PARTICIPATION A UN PROJET DE RECHERCHE

Titre de l'étude : évaluation chez le, la partenaire d'une victime des conséquences
de l'agression sexuelle

Responsables : Christiane Khouzam, chercheure principale, étudiante au doctorat
André Marchand, co-chercheur, directeur de thèse

Montant : \$

Évaluatrice : Christiane Khouzam

Évaluatrice : Valérie Billette

Signature :

Date :

**LA PARTICIPANTE RECONNAIT AVOIR REÇU LA SOMME
MENTIONNÉE SUR CE REÇU POUR SA PARTICIPATION A
L'ÉTUDE.**

Nom :

Signature :

Date :

Numéro de dossier :